

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1892

THESE

N°

115

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 2 mars 1892, à 1 heure

PAR

Georges THANASSESCO

Né le 14 février 1862 à Turnu-Magurelle (Roumanie)
Ancien externe des Hôpitaux de Paris.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU RHUMATISME CHRONIQUE DE LA COLONNE VERTÉBRALE

Président : M. STRAUS, professeur.

Juges : $\left\{ \begin{array}{l} \text{MM.} \\ \text{LANDOUZY, professeur.} \\ \text{ROBIN, NETTER, agrégés.} \end{array} \right.$

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

VEUVE BABÉ ET C^{IE}

LIBRAIRES-ÉDITEURS

Place de l'École-de-Médecine

1892



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552004_0077

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

115

Année 1892

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 2 mars 1892, à 1 heure

PAR

Georges THANASSESCO

Né le 14 février 1862 à Turnu-Magurelle (Roumanie)
Ancien externe des Hôpitaux de Paris.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU RHUMATISME CHRONIQUE DE LA COLONNE VERTÉBRALE

Président : M. STRAUS, professeur.

Juges : $\left. \begin{array}{l} \text{MM.} \\ \text{LANDOUZY, professeur.} \\ \text{ROBIN, NETTER, agrégés.} \end{array} \right\}$

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

VEUVE BABÉ ET C^{IE}

LIBRAIRES-ÉDITEURS

Place de l'École-de-Médecine

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TILLAUX.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	{ STRAUS
	{ G. SEE.
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
	{ GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.....	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.....	CHARCOT.
	{ VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....	{ LE FORT.
	{ DUPLAY
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Cliniques d'accouchements.....	{ TARNIER
	{ PINARD

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY PAJOT et RICHET.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	ROBIN Albert.
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des	SCHWARTZ.
BLANCHARD.	HANOT.	travaux anatomiques	SEGOND.
BRISAUD.	HUTINEL.	POUCHET.	TUFFIER.
BRUN.	JALAGUIER.	QUENU.	VILLEJEAN.
CAMPENON.	KIRMISSON.	QUINQUAUD.	WEISS
CHANTEMESSE	LETULLE.	REITTERER.	
CHAUFFARD	MARIE.	REYNIER.	
DEJERINE.	MAYGRIER.	RIBEMONT-DRESSAIGNES	
FAUCONNIER.	NELATON.	RICARD.	

Le secrétaire de la Faculté ; CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans ses dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA SOEUR

A MA MÈRE BIEN-AIMÉE

A MES FRÈRES

*Témoignage de vive reconnaissance pour l'affection
qu'ils m'ont toujours exprimée.*

A MES PARENTS.

A MES AMIS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR STRAUS

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux.
Chevalier de la Légion d'Honneur.

AVANT-PROPOS

Attaché pendant deux années comme stagiaire et comme externe au service de notre excellent maître M. le Dr Lancereaux, nous avons eu durant le cours de ces années l'occasion favorable d'observer et recueillir quelques cas de rhumatisme chronique localisé à la colonne vertébrale. Plusieurs autres observations publiées par différents auteurs nous ont vivement frappé par le siège anormal et l'intensité des désordres trophiques, et surtout par les conséquences graves que ces désordres entraînaient au point de vue social, et comme cette affection était à peine mentionnée dans les ouvrages de pathologie, nous avons eu l'heureuse idée de faire de leur étude le sujet de notre thèse inaugurale.

Ces malades, à la colonne vertébrale en arc de cercle, soudée, raidie, déviée dans le sens antéro-postérieur, étaient de véritables infirmes. L'étude attentive des lésions anatomiques, étude que nous n'avons pas eu l'occasion d'observer nous-même sur des sujets morts dans le cours d'un rhumatisme chronique localisé au rachis, cependant nous avons pu trouver quelques faits rapportés dans la science médicale par MM. Lancereaux, Smith, Maurice, Raynaud, observations qui ont trait à cette question et qui nous montrent qu'à ce niveau, les désordres étaient absolument les mêmes qu'au niveau des articulations des membres, et portaient sur les éléments constitutifs de la co-

lonne vertébrale, os, périoste, disques intervertébraux et ligaments.

La similitude des lésions entraîne une même pathogénie, et l'on sait que M. Lancereaux relevant les lésions du rhumatisme chronique qui intéressent la peau, les aponévroses, les os, les articulations et les muscles, la sensibilité, la calorification et la sécrétion sudorale, admet l'origine trophique de tous ces désordres et les rattache à des lésions anatomiques des extrémités nerveuses, et, cette opinion, il la fonde sur des preuves cliniques, histologiques et expérimentales. M. Juhel-Renoy traduit la même pensée lorsqu'il dit : « l'esprit ne peut se défendre, en présence de ces contractures irrémédiables, de cette atrophie colossale, de cette impotence qu'expliquent trop bien d'aussi épouvantables désordres, de localiser dans la moëlle, le siège de la lésion créatrice. »

Ces observations de rhumatisme chronique de la colonne vertébrale nous ont paru intéressantes non seulement au point de vue clinique et pathogénique, mais encore au point de vue du diagnostic. Nous rapportons en effet, plus loin un cas remarquable d'effondrement de la colonne vertébrale survenu quelques mois après une dothiémentérie. La déformation ressemblait en tous points à celle de nos malades, et ce n'est qu'après une analyse minutieuse des symptômes concomittants que M. le docteur Chantemesse a considéré cette infection comme la cause de la lésion osseuse. Il y avait là une question de diagnostic différentiel intéressante, question que nous reprendrons dans un chapitre de notre thèse.

Arrivé au terme de nos études, il est doux de jeter un

regard en arrière et d'adresser à nos maîtres dans les hôpitaux MM. Lancereaux, Kirmisson, Dumontpellier, Fournier, l'expression de notre vive reconnaissance pour tous les conseils et tous les encouragements qu'ils nous ont prodigués. M. le professeur agrégé Lancereaux, dont nous avons été l'externe, nous a témoigné pendant tout le cours de nos études le plus grand intérêt, les services qu'il nous a rendus nous placent parmi ses élèves les plus reconnaissants et les plus dévoués.

Nous prions M. le professeur Straus de vouloir bien agréer nos remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en voulant bien accepter la présidence de cette thèse.

CHAPITRE PREMIER.

HISTORIQUE.

Avant de commencer l'étude du rhumatisme chronique, il nous paraît nécessaire de dire quelques mots sur la signification du terme *rhumatisme*.

Cette dénomination a, comme la maladie elle-même, dû exister de toute antiquité. Sarcome dit: « lorsqu'on cherche à feuilleter les anciens manuscrits de la littérature médicale du temps des Grecs et des Romains, on la rencontre de temps en temps, cependant à l'époque d'Hypocrate, elle avait une tout autre signification et ne servait pas à désigner une maladie en soi, un type morbide particulier comme aujourd'hui, mais, au contraire, était usitée dans tous les cas où il y avait des fluxions humorales qui dans le sens étymologique étaient synonymes de catarrhe.

Baillon en 1610, dans un ouvrage intitulé « *de rhumatismo* » porte le premier coup à la dénomination des anciens en lui donnant un sens plus ou moins précis, et ce n'est qu'au commencement du XIX^e siècle que le véritable nom est établi.

Quant au rhumatisme chronique, il n'est pas de date récente, comme a pu le faire supposer le silence des anciens auteurs, et, comme preuve évidente de son anti-

quité, on a qu'à remonter au moyen-âge pour s'en rendre compte. L'archéologie d'ailleurs pourra venir au secours de la médecine : Les os retrouvés dans les fouilles de Pompéi ont démontré d'une façon irréfutable que le rhumatisme chronique existait déjà au 1^{er} siècle de l'ère chrétienne. (Ces ossements existent actuellement dans plusieurs musées de Naples).

Delle Chiage, professeur à Naples, dans son ouvrage intitulé « *osteologia Pompeana*, et dans son atlas : *Cenno anatomico pathologico sulle ossa umane scavate in Pompei, Napoli 1853*, a trouvé sur ces débris humains des lésions qui caractérisent cette affection et qui ont beaucoup de ressemblance avec les figures qu'on trouve dans l'altas du savant médecin anglais Adams. D'autres preuves aussi évidentes nous sont fournies par les ossements d'un ancien cloître de Poméranie (Virchow), par les vieux ossuaires des catacombes de Paris (Libert) et faisons remarquer que dans ces derniers cas il s'agissait d'affections de la colonne vertébrale.

Le rhumatisme chronique qui a toujours existé a été confondu par les anciens auteurs avec toutes les autres affections articulaires chroniques; mais, actuellement, dégagé du groupe commun de ces affections, il paraît être de date relativement récente comme nous le verrons plus loin.

✎ Pour avoir une idée précise sur la différenciation du rhumatisme chronique d'avec la goutte, il faut arriver à Sydenham qui le premier en a fait la description (*Opera medica, T. I, sect. VI, ch. V. Rhumatismus 1666-1689*); il décrit les déformations spéciales du rhumatisme chro-

nique, le sépare de la goutte et le reconnaît comme une espèce morbide à part. Malgré la clarté de la définition donnée par Sydenham, tout est passé sous silence pendant plus de 100 ans, quand en 1789-1808, *Landrè-Beauvais*, élève de Pinel, publie sa thèse inaugurale intitulée : *Goutte asthénique primitive*. Après avoir exposé les observations recueillies dans le service de son maître, il sépare la goutte asthénique du rhumatisme chronique ordinaire et aigu, et donne la première bonne description clinique de cette affection avec recherches anatomiques à l'appui.

Quelques années plus tard (1804) apparaissent les travaux d'*Heberden* relatifs aux nodosités osseuses rhumatismales, dans lesquels il expose que le rhumatisme ne débute pas par le gros orteil comme la goutte, qu'il est moins douloureux qu'elle, plus déformant et détruisant avec plus de rapidité les fonctions des membres.

Un an plus tard (1805), *Haygard* (The nodosity of the joints) différencie les concrétions de la goutte. *Chomel* (1813) dans quelques lignes sur le rhumatisme chronique, basées surtout sur les observations d'autopsies, ajoute : « la plus grande obscurité domine la nature du rhumatisme » ; il s'efforce en même temps de comparer les symptômes du rhumatisme avec ceux de quelques autres affections et de déduire ensuite de l'analogie des phénomènes celles de la nature même des affections. Il distingue le rhumatisme de la goutte, seulement, pour lui, le rhumatisme chronique et le rhumatisme articulaire aigu sont de même nature. *Requin* (1837), dans ses leçons cliniques (t. II), émet les mêmes idées. Bien long-

temps après viennent les intéressants travaux de *Lobstein*, de Strasbourg (*Traité d'anatomo-pathologie*, t. II, p. 207), dans lesquels il expose d'une manière claire les caractères fondamentaux de l'arthrite rhumatismale chronique; il insiste sur les altérations osseuses et décrit magistralement la fragilité des os, la destruction des cartilages suivie d'un état éburné des surfaces articulaires, avec développement des végétations osseuses. Vers la même époque, *Colles*, médecin irlandais, note aussi que cette inflammation se distingue des autres par un caractère tout spécial : « Deux processus très opposés ont lieu en même temps, ajoute-t-il, il y a d'un côté absorption de l'os ancien et de son cartilage d'incrustation, d'un autre côté formation d'un os nouveau. »

C'est à *Adams*, compatriote de *Colles* (1839-1856) que nous devons les meilleures études sur ce sujet (*A treatise rhumat. gout*); les travaux de *Smith* (1847) (*A Treat of fractures in the... of the joints. Dublin*). « Les lésions décrites par Adams ont laissé fort peu de chose à désirer, dit M. *Charcot* »; pourtant nous ne pouvons laisser dans l'obscurité les travaux de *Déville* sur les lésions des grandes articulations : articulations des os des cartilages, des synoviales (*Bull. de la Soc. anat.*, t. XXII, p. 272, 1847).

En 1850, *Broca* (Arthrite sèche. *Bulletin de la Société anatomique*, 1848, t. XXIII, p. 141) fait un travail sur les altérations anatomiques de l'arthrite sèche. A partir de cette époque, une quantité de travaux sur le rhumatisme chronique ont été publiés, parmi les principaux nous citerons :

Charcot (*Etude pour servir à l'histoire de l'affection décrite*

sous les noms de *goutte asthénique primitive*, *nodosités des jointures*, *rhumatisme art. chronique*, etc. Th. Paris, 1853). M. le professeur Charcot montre la nature rhumatismale de cette affection ; il dit que les différents accidents survenus dans le cours de la maladie n'ont jamais succédé à des attaques de rhumatisme articulaire aigu, que le début est toujours dans les petites articulations avec tendance à la généralisation, etc. *Trastour*, Th. D. Paris, 1853. *Vidal* (*Considérations sur le rhumatisme articulaire chronique*, Thèse Paris, 1855) sépare le rhumatisme chronique de la goutte. Presque en même temps, Redfern en Angleterre, Zeis, Wolkmann, Meyer, Oto Veber en Allemagne ont très bien exposé les modifications des tissus produits par le rhumatisme chronique. En France, *Charcot* (*Maladies des vieillards*, leçons de la Salpêtrière, recueillies par Ball, 1868) ; *Garrod* (1876) ; *Besnier* (1876) (*Art. Rhumat. Dict. encycl. des sc. médicales*, p. 659) ; *Homolle* (*Dict. Jacquod*), etc. Cornil et Rouvier étudient l'anatomie pathologique et la nosographie des formes profondes rhumatisme chronique. *Hutchinson*, dans un travail (*Specimens of chronic. Rhum. arthritis*, Transact. of the path. soc. of London, 1872, t. XXIII, p. 194) dit : « le rhumatisme et la goutte existent assez souvent ensemble ; on trouve fréquemment le rhumatisme sans goutte, mais rarement la goutte sans rhumatisme, quelquefois les deux maladies atteignent le malade alternativement, mais le plus souvent elles se confondent, et il se produit alors une affection hybride : *goutte rhumatismale*.

Pour *Gueneau de Mussy*, le rhumatisme chronique ne serait qu'une dérivation de la goutte (et celle-ci repré-

sente la base de l'arthritisme) qui s'établirait par des formes de maladie hybride qui ne seraient autre chose que les points de transition d'une affection articulaire à l'autre.

Le rhumatisme n'est pas une maladie simple, franchement inflammatoire, à évolution régulière, présentant les mêmes conséquences et les mêmes lésions locales et générales ; c'est, au contraire, une maladie tout à fait complexe et différente d'un type à un autre type, qui semble cependant faire partie d'un même groupe.

On a de tout temps divisé le rhumatisme en aigu et chronique, et on a distingué dans ce dernier cinq espèces :

- 1° Rhumatisme articulaire chronique simple ;
- 2° Rhumatisme chronique fibreux ;
- 3° Rhumatisme noueux progressif.
- 4° Rhumatisme chronique articulaire partiel ou morbus coxe senilis.
- 5° Les nodosités d'Heberden.

Ces trois dernières espèces ont toujours été l'objet de discussions, elles sont appelées par *Besnier* (Rhumatisme osseux). — Cette classification faite et acceptée par tout le monde médical, on a voulu ensuite se rendre compte si le rhumatisme chronique appartenait véritablement à la classe des maladies rhumatismales. C'est à partir de cette époque qu'un grand nombre de théories dissimilaires ont été émises. Des savants cliniciens comme Trousseau, Charcot, etc., font du rhumatisme chronique en général et de trois espèces en particulier, des affections d'origine incontestablement rhumatismale ; pour

eux, il n'y a pas lieu de séparer et de faire des maladies à part, des entités morbides distinctes du rhumatisme.

Cependant, M. Bouchard considère la polyarthrite déformante comme une maladie distincte des affections rhumatismales et naissant sous l'influence du froid humide et de la misère.

M. Guéneau de Mussy (*Cliniques médicales*, 1874, t. I, p. 260-322) s'exprime ainsi : « Il existe beaucoup de relations entre le rhumatisme chronique et la goutte ; dans beaucoup de cas, on trouve, soit chez le malade, soit dans sa famille, l'empreinte de la diathèse goutteuse, on observe également cette maladie constitutionnelle dans les antécédents héréditaires des malades atteints de rhumatisme chronique. »

Charcot, plus loin, dit : « Je ne peux pas partager les idées de M. Garrod sur le rhumatisme noueux, dont il veut faire une affection complètement distincte de la goutte et du rhumatisme, c'est plutôt une forme complexe, un métis pathologique qui se rattache souvent à la racine goutteuse. »

La plupart des auteurs contemporains qui se sont occupés de la question voyant quelquefois, dans le cours du rhumatisme chronique, survenir des poussées aiguës, n'ont pas hésité à déclarer que le rhumatisme articulaire aigu ou fièvre rhumatismale pouvait se transformer en rhumatisme chronique, et que ce dernier, à son tour, par un réveil de la diathèse, était susceptible d'engendrer la fièvre rhumatismale avec toutes ses localisations.

Cependant, depuis nombre d'années, M. le Dr *Lancereaux* attirait l'attention de ses élèves sur les différences capitales qui sépare la fièvre rhumatismale du rhumatisme chronique. En 1882, ce savant clinicien, dans son *Traité de l'herpétisme*, expose, d'une manière claire et précise, ses idées sur le rhumatisme, il sépare complètement le rhumatisme aigu du rhumatisme chronique, et réunit ce dernier avec la goutte dans un seul groupe, ne faisant qu'un corps, ayant la même origine et déterminant des manifestations tant externes qu'internes, se ressemblant et se suppléant même.

Tout récemment encore, dans ses leçons cliniques faites à la Pitié et à l'Hôtel-Dieu, notre maître, résumant les idées qu'il exposait depuis longtemps au lit du malade, a montré combien il était illogique de réunir sous un même nom deux états morbides si dissemblables, même dans leurs manifestations en apparence identiques. Selon lui, le rhumatisme chronique est d'origine héréditaire, il se manifeste, dans le bas âge, par des troubles nerveux : migraines, névralgies, éruptions, épistaxis, hémorroïdes, calvitie, troubles trophiques des ongles, etc. « Le rhumatisme chronique, dit notre maître, n'est pas une maladie, mais le syndrome d'un grand complexe pathologique, ou mieux une série morbide. »

M. Lancereaux (*Rhumatisme et goutte*, 1889, p. 9, et *Leçons cliniques*) réunit le rhumatisme chronique à la goutte en disant que ces maladies ont beaucoup de ressemblance et sont même rattachées l'une à l'autre par leur nature intime, ayant comme point de départ un

trouble dans le système nerveux. Dans ces deux affections, on rencontre les mêmes manifestations : migraines, névralgies, varices, atherome, hémorroïdes. etc.

A l'examen macroscopique, on constate, dans les jointures, des ostéophytes ; dans la goutte, on constate en plus des incrustations uratiques des cartilages, néanmoins cela ne pourrait être une raison plausible, car maintes et maintes fois on a trouvé de l'acide urique en excès dans les tissus et dans le liquide sanguin des individus qui n'ont jamais été atteints de cette affection. — M. Charcot dit : « Pourquoi donner une si grande valeur à la présence de l'acide urique et même faire de lui un signe pathognomonique de la diathèse goutteuse, car on le constate même dans l'intoxication par le plomb ; en dehors de tout cela, il y a beaucoup de rhumatisants chroniques qui, à un moment de leur vie, ont de l'urécémie. »

M. Lancereaux se basant sur ces motifs et rapprochant ces deux affections, conclut qu'elles constituent tout au moins deux branches distinctes émanant d'un même tronc, si elles ne forment une seule et unique maladie que viendrait compliquer dans quelques cas l'infiltration uratique de certains tissus ; il ajoute aussi que la cause la plus importante de ces deux affections réside dans l'être tout entier, dans la constitution de l'individu et n'est pas due à des circonstances imprévues auxquelles le malade aurait pu s'exposer jadis.

Les causes prédisposantes comme le froid, la misère, etc., jouent dans ces cas, un rôle infiniment petit, elles réveillent le mal qui avait déjà envahi le corps tout

entier comme disait Sydenham en parlant de la goutte « *Totum corpus est podagra* ». Garod n'attribue pas une grande valeur à la présence de l'acide urique dans le sang.

M. Bouchard (*Maladies par ralentissement de la nutrition*, p. 274) dit : « Si on parle tant de l'acide urique dans la goutte, c'est parce qu'on le voit sans le chercher, mais on ne parle pas de ce qu'on ne voit pas et surtout de ce qu'on ne cherche pas, etc., je dis que la goutte n'est pas de l'uricémie.

L'acide urique étant le résultat d'une transformation incomplète des matières albuminoïdes dans l'organisme, on le rencontre dans le sang pour les raisons suivantes :

1° Ou bien parce que la quantité d'oxygène absorbé est insuffisante à brûler ces matières comme dans une lésion chronique du poumon, emphysème principalement ; mais combien d'emphysémateux ne voit-on pas sans la moindre trace d'incrustation uratique des articulations.

2° Ou bien parce que le rein ne pouvant plus éliminer ce produit, il se trouve dans le sang ; le nombre des brightiques qui n'ont pas d'incrustations, n'est pas petit.

3° Ou bien enfin, parce que le système nerveux qui préside aux échanges multiples et rend plus ou moins parfait les déchets provenant de ces échanges ne fonctionne pas régulièrement ; cette hypothèse paraît d'autant plus réelle que les individus atteints de rhumatisme chronique ou de goutte offrent des troubles de la plupart

des fonctions nerveuses, de celles qui président à la nutrition générale en particulier (M. Lancereaux).

Pourra-t-on se rattacher aux théories de M. Bouchard pour lequel le rhumatisme et la goutte proviennent d'un ralentissement de la nutrition, cause principale de ces affections ?

M. Lancereaux (*Traité de l'herpétisme*, p. 276) soutient qu'il est le simple effet d'un désordre ayant son origine dans le système nerveux, modifiant tantôt la nutrition locale d'une région ou d'un appareil de façon à produire dans les articulations des arthrites spéciales, dans le système veineux des varices, etc., tantôt la nutrition générale au point de ralentir la nutrition et d'engendrer l'obésité, la glycosurie ou encore l'uricémie.

Après avoir insisté si longtemps sur ces deux maladies, et avoir énuméré les théories des auteurs qui sont d'une supériorité incontestable, nous allons dire quelques mots des coïncidences de la polyarthrite chronique déformante avec les affections purement névropathiques.

Le rhumatisme chronique dans sa forme noueuse paraît avoir aussi son point de départ dans le système nerveux, médullaire ou nerveux périphérique. Tout le monde admet actuellement la fréquente coïncidence de la polyarthrite déformante avec les affections névropathiques. M. Charcot l'a rencontré très souvent avec les migraines, la paralysie agitante ou tout au moins le tremblement avec l'ataxie locomotrice. M. Cornil l'a vue coïncider avec l'asthme, d'un autre côté ce rhumatisme avons-nous déjà dit, présente des éruptions cutanées, et celles-ci reconnaissent dans leur genèse, l'in-

fluence de l'élément nerveux. Si à ces considérations on ajoute que les caractères mêmes de la maladie : envahissement progressif et symétrique, raréfaction des os, déformation des jointures, douleurs lancinantes précédant ou accompagnant les arthropathies, présentent une grande analogie avec ceux de l'arthropathies, de l'ataxie, de l'hémiplégie, de la paralysie agitante, autant d'affections qui ont leur origine dans les centres nerveux, on pourrait, sans trop forcer la note, chercher et trouver que ces maladies se ressemblent beaucoup et établir ainsi des points de comparaison.

Beaucoup d'auteurs remarquant la symétrie et la régularité des lésions de la polyarthrite chronique déformante (Rhum noueux) furent portés à croire qu'il ne s'agissait pas d'une affection exclusivement périphérique, mais qu'il fallait chercher l'origine dans les centres et en particulier dans la moëlle. (*Arthrite myelitique de Remak*, 1863).

Pour tous ces motifs, nous croyons que les théories qui placent l'origine du rhumatisme chronique dans le système nerveux peuvent être soutenues mais non admises.

En résumé, « on peut dire que le rhumatisme chronique est une maladie essentiellement héréditaire, due à un trouble d'innervations faisant partie d'un grand processus morbide à manifestations diverses (troubles d'innervation sensitive, motrice, vaso-motrice, mentale); il constitue en somme une névrose complexe. (Lancereaux).

ÉTIOLOGIE

Fréquence. — Il est très difficile d'apprécier avec exactitude la fréquence du rhumatisme articulaire chronique. On sait que c'est une maladie peu commune, moins fréquente que les formes légères de rhumatisme chronique simple et c'est tout. Ni les rapports de fréquence que l'espèce dans son ensemble affecte avec les espèces du même genre, ni la proportion relative des diverses formes ou variétés de la même espèce ne sont pas connues.

Climats et saisons. — Il semble appartenir, comme le rhumatisme aigu, aux climats tempérés, à l'exclusion des climats extrêmes. Dans les régions intertropicales, le rhumatisme chronique est aussi inconnu que le rhumatisme articulaire aigu.

On le dit fréquent en Hollande et en Irlande où agit à un haut degré l'influence du froid humide.

L'action du séjour dans les villes est incontestable pour quelques formes que l'on observerait moins ordinairement dans la campagne.

Influence de l'âge. — Les sujets chez qui le rhumatisme chronique constitue véritablement une infirmité ont en général atteint ou dépassé la seconde moitié de l'âge adulte, mais si l'on se reporte au début des accidents, on reconnaît que chez plusieurs la maladie remonte à la jeunesse. D'après Mathieu il existe pour cette affection trois étapes différentes au point de vue de l'âge du début.

I^{re} étape avant 15 ans,

II^e étape de 15 à 30 ans,

III^e étape de 30, 40, 50 ans.

Cet auteur en étudiant la seconde étape, qui tiendrait le milieu entre la 1^{re} et la 3^e étape au point de vue de la fréquence sur 2 malades il a marqué le début :

1 fois à l'âge de 17 ans

1 — 18 ans

2 — 20 ans

1 — 22 ans

1 — 24 ans

2 — 26 ans

1 — 28 ans

2 — 29 ans

M. Lancereaux dans une statistique pourtant sur un ensemble de 208 cas observés par lui même arrive aux chiffres suivants :

De 15 à 20 ans — 13 fois

De 20 à 30 ans — 29 fois

De 30 à 40 ans — 45 fois

De 40 à 50 ans — 46 fois

De 50 à 60 ans — 39 fois

De 70 à 80 ans — 5 (1).

M. Crèvecœur dans sa thèse (Thèse de Paris, 1890, juin) donne le début chez 37 infirmes de la Salpêtrière.

21 fois de 40 à 60 ans

11 fois de 20 à 40 ans

3 fois de 60 à 80 ans

1 — avant 1 an

1 — après 80 ans.

1. Lancereaux. Leçons cliniques, *Union médicale*, 1890, janvier.

En définitif c'est donc dans l'âge adulte confirmé, entre 40 et 60 ans qu'il faut placer la fréquence réelle et l'époque véritable du rhumatisme articalaire.

Influence du sexe. — L'influence du sexe est hors de doute : le rhumatisme noueux, la goutte des femmes d'après l'expression de Cuveilhier est relativement commun chez les femmes de la Salpêtrière (8 pour 100) rare au contraire chez les vieillards de Bicêtre.

E. Besnier fait observer que les différences sont moins accusées, en dehors de la population hospitalière, et Garrod affirme avoir rencontré chez des hommes les cas les plus graves qu'il ait observés.

Influence de l'hérédité. — L'influence de l'hérédité sur la production du rhumatisme articulaire chronique est incontestable. Elle est mise en évidence par toutes les recherches cliniques et statistiques faites par divers auteurs. On peut constater soit l'hérédité directe et semblable soit l'hérédité dissemblable.

Le rhumatisant avec déformations noueuses peut transmettre exactement à ses enfants la prédisposition à cette forme particulière. L'hérédité peut se manifester par voie collatérale. M. Besnier cite le cas d'un rhumatisme noueux se montrant chez une femme dont le frère était goutteux.

Pour le rhumatisme noueux, Trastour sur 45 cas, trouve 10 fois le rhumatisme chez le père ou la mère ; et 3 fois les femmes malades avaient des enfants déjà frappés de rhumatisme articulaire.

Charcot cite un fait où la prédisposition au rhumatisme noueux a paru se transmettre de mère en fille pendant

trois générations et déclare après Garrod que ses observations personnelles lui permettent d'établir l'hérédité du rhumatisme d'Heberden.

Action du froid. — Le froid est la cause occasionnelle la plus fréquente du rhumatisme chronique. C'est l'action lente, prolongée, graduelle du froid humide qui s'accumule, modifie peu à peu l'organisme et provoque ainsi la manifestation des déterminations morbides. Ce n'est plus ici comme dans le rhumatisme aigu, un refroidissement brusque, intense du corps qui fait éclater la maladie.

Le froid humide prolongé, l'habitation des lieux et des logements humides, bas ou mal exposés, le refroidissement lent de la surface du corps par immobilité prolongée, vie sédentaire, absence d'exercice, les professions qui obligent les individus à travailler près de l'eau ou dans l'eau. Voilà donc les causes occasionnelles les plus ordinaires du rhumatisme articulaire chronique.

On peut rapprocher de cet ordre de causes les *traumatismes* qui semble avoir provoqué dans quelques cas l'éclosion des accidents.

Charcot cite des exemples où une contusion, un panaris ont provoqué les premières manifestations morbides qui ont eu pour siège la jointure la plus voisine du point lésé.

L'influence de la misère et des conditions débilitantes qui lui sont inhérentes est des plus manifestes. Le rhumatisme chronique déformant est comme l'a dit Landré-Beauvais « la goutte de l'indigence », c'est une maladie des pauvres.

Les conditions pathologiques individuelles peuvent être

invoquées dans une certaine mesure. Les troubles des fonctions génitales et certaines conditions physiologiques de la vie sexuelle, chez la femme ont une part importante dans l'étiologie du rhumatisme nouveau.

Les grossesses et surtout les grossesses répétées, l'époque de l'établissement de la menstruation, la ménopause, sont autant de causes qui peuvent provoquer soit l'invasion du rhumatisme soit sa recrudescence s'il existait auparavant.

MOBILITÉ DE LA COLONNE VERTÉBRALE. LOCALISATIONS FRÉ-
QUENTES ET RARES DANS SES TROIS RÉGIONS.

La colonne vertébrale représente dans son ensemble une tige osseuse, presque verticale, constituée d'un certain nombre de pièces, engrenées pour ainsi dire, liées solidement les unes avec les autres, et qui, en se touchant par leurs surfaces articulaires, forment des articulations.

Cette portion osseuse du squelette est destinée à remplir trois grandes fonctions :

1° A protéger la moelle épinière, organe assez délicat, contre les violences extérieures ;

2° A soutenir les parties qui la surmontent et qui l'entourent ;

3° A exécuter des mouvements qui lui sont propres.

La première et la troisième de ces fonctions de la colonne vertébrale vont jouer dans l'affection qui nous inté-

resse, surtout au point de vue de la symptomatologie, une assez grande importance.

La mobilité de la colonne vertébrale est inégalement répartie dans les trois segments dont les uns sont plus étendus que les autres. A cet égard, la région cervicale représente le premier rang, vient ensuite la région inférieure et en troisième lieu on peut compter la région moyenne, dont les mouvements sont à peu près nuls.

La mobilité remarquable qui domine dans la partie supérieure tient à la conformation des vertèbres, à la disposition toute particulière de leurs surfaces articulaires et à leur mode d'union et de glissement ; de plus, on constate que dans le reste de cette région la synoviale est plus développée et les disques intervertébraux plus épais, comparativement aux deux autres régions (Sappey).

Les modifications que présentent les deux premières articulations ont pour but commun d'unir la colonne vertébrale à la tête par les liens les plus solides, en laissant à celle-ci une grande liberté des mouvements de flexion, d'extension et de rotation.

Les articulations vertébrales et en particulier la région cervicale, en dehors de tout autre maladie, sont souvent sujettes au rhumatisme chronique ou arthrite sèche rhumatismale, et c'est d'ordinaire, en pareil cas, une affection constitutionnelle.

Adams et le professeur Smith disent que les traces laissées par cette maladie dans la structure de la colonne vertébrale sont plus fréquemment observées dans la région cervicale et lombaire, que dans le segment moyen. En somme, disent-ils, nous trouvons que ces por-

tions du rachis qui normalement ont le plus de mouvements, sont celles qui sont les plus disposées pour cette affection. Nous pouvons remarquer en même temps que l'atlas et l'axis ont plus de mouvements libres que toutes les autres articulations, circonstance qui doit être prise en considération, attendu que nous avons trouvé plus de spécimens des effets d'arthrite rhumatismale pour les vertèbres cervicales, que dans toutes les autres de la colonne prises isolément et, qu'au point de vue de la localisation fréquente du rhumatisme chronique dans cette région, a une juste valeur.

La phlegmasie rhumatismale marque son influence dans les différentes jointures du corps, amène à la longue des destructions et des modifications plus ou moins variées ou accentuées de leurs parties constituantes ; même influence du rhumatisme, quoique plus rare, qui se manifeste aussi dans les articulations de la colonne vertébrale : il agit dans cette partie du corps de la même manière qu'il procède ailleurs, car ailleurs comme ici, il rencontre les mêmes tissus, c'est-à-dire os, cartilage, synovial, etc. En présence d'une telle identité anatomique, il est très difficile de ne pas admettre les mêmes susceptibilités pathologiques dans les unes et les autres articulations.

Nous essaierons de tracer en quelques lignes l'anatomie pathologique de cette arthrite rhumatismale chronique localisée dans la colonne vertébrale.

CHAPITRE II.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

Nous ne pouvons, à l'occasion de l'étude d'une altération localisée du rhumatisme chronique à la colonne vertébrale, donner une description complète des lésions engendrées par cette maladie dans les tissus, de nature conjonctive qui composent cette tige osseuse. Nous attirerons bien plutôt l'attention sur les conséquences qu'elles ont et pour la mobilité des diverses pièces osseuses les unes sur les autres, et pour l'axe nerveux inclus dans le canal rachidien. Au niveau des os, on trouve une multiplication avec transformation osseuse des éléments sous-périostiques, d'où les exostoses. Les corps vertébraux se tuméfient peu à peu et au fur et à mesure de la progression de la formation osseuse nouvelle. Au bout d'un certain temps, ils deviennent le siège de saillies plus ou moins irrégulières, proéminentes en avant dans les cavités splanchniques et dans le canal médullaire, mais d'une façon moins luxuriante et dans les espaces intervertébraux, empêchant ainsi l'adaptation des os et déformant la colonne vertébrale. Ces lésions des os, qui donnent au rhumatisme sa physionomie et sa gravité spéciales, amènent le déplacement des surfaces articulaires. Quant à la vertèbre elle-même, elle est presque

toujours peu modifiée dans sa texture ; sa consistance et sa structure sont normales. Quelquefois, elle porte les traces de l'existence d'un travail inflammatoire au début ; sa substance est raréfiée, friable et se laisse très aisément pénétrer par le scalpel, mais quand la maladie est arrivée à la période ultime, elle est le siège d'une ostéite hypertrophique et condensante, d'où les hypérostoses. Les lamelles du tissu spongieux ont augmenté d'épaisseur et diminué d'autant les espaces aréolaires.

Les disques intervertébraux participent au processus morbide. Ils se vascularisent, perdent un peu plus tard leur aspect brillant et poli, prennent une couleur mate. Leur densité, leur élasticité diminuent, ils se fissurent et prennent l'aspect dit velvétique. La prolifération des capsules cartilagineuses engendre à son tour des érosions, des pertes de substance et enfin un ramollissement total du disque intervertébral qui disparaît. Les surfaces osseuses qui, elles aussi, sont le siège d'un travail d'ostéite proliférative, deviennent irrégulières, élargies comme verruqueuses, se soudent à leur tour suivant des inclinaisons plus ou moins vicieuses. Parfois la symphyse osseuse n'est que périphérique et résulte de stalactites osseuses étendues non seulement d'un corps vertébral à l'autre, mais encore aux côtes. (Voir Fig. 2)

L'arthrite rhumatismale chronique ne se borne pas seulement aux articulations des corps vertébraux, mais intéresse encore celle des apophyses articulaires et y provoque les mêmes désordres. Quant aux ligaments périphériques, ils seraient souvent, d'après Gurlt, le siège d'une ossification.

Ces désordres anatomiques ont pour conséquence immédiate d'amener la suppression de la mobilité de la tige osseuse vertébrale, surtout s'ils portent sur les régions cervicale et lombaire, parties les plus mobiles de cette tige. D'ailleurs, comme le montrent Adams et Smith dans leurs travaux, le rhumatisme chronique frappe de préférence ces régions, probablement à cause des mouvements plus étendus dont ils jouissent. Cette vue semble confirmée par ce fait que ce sont seulement les premières vertèbres qui sont intéressées. Plusieurs exemples de rhumatisme chronique localisé à la région cervicale ont été présentés à la Société pathologique de Dublin par le professeur Smith attirant surtout l'attention sur la structure osseuse de la colonne vertébrale et les modifications produites sur les surfaces articulaires, dans un cas, il a vu la facette articulaire plane de l'Atlas en contact avec la portion extérieure de l'apophyse odontoïde qui était élargie, augmentée de volume et transformée en une sorte de fosse ovale, concave, très profonde. Du bord supérieur de cette surface articulaire partait une apophyse osseuse assez volumineuse, incurvée en arrière et recouvrant autant que possible l'apophyse odontoïde. En même temps l'apophyse articulaire inférieure droite de la même vertèbre était inégale, agrandie de telle façon qu'elle se prolongeait en dedans vers le canal rachidien et en dehors du foramen de l'artère vertébrale.

Dans 6 autres cas la maladie avait laissé des traces dans la seconde vertèbre et plus spécialement dans l'apophyse odontoïde celle-ci et sa base où elle est en contact avec le corps de la deuxième vertèbre fut devenue par-

faitement cylindrique, polie tout autour, et usée par l'effet de l'action rotatoire de la première vertèbre sur la seconde, dans plusieurs autres spécimens l'apophyse odontoïde était très hypertrophié, prolongé en haut d'un demi pouce vers le foramen marginal; l'apophyse articulaire du côté droit de la seconde vertèbre était tellement accrue qu'elle égalait en circonférence un schilling, le cartilage d'encroutement avait été détruit de sa surface, elle présentait en partie un apparence polie et en partie poreuse ; cette apophyse était en même temps pourvue d'un rebord osseux qui se dirigeait en dehors et postérieurement et qui empiétait un peu au-dessus du canal vertébral, mais pas assez pour intéresser la moelle épinière. Mêmes modifications ont été observées par le professeur Smith sur les surfaces articulaires des vertèbres lombaires et dorsale, dans ces dernières aussi les surfaces étaient inégales, élargies, avec destruction du cartilage et remplacement par l'ivoire.

M. le professeur Charcot, dans une leçon sur la compression lente de la moëlle (Leçons sur les maladies du système nerveux, 1877), rappelle aussi une observation d'hypertrophie de l'apophyse odontoïde dans le rhumatisme chronique, observation due à M. le professeur Bouchard, les vertèbres lombaires présentent les mêmes lésions. Elles sont plus rares à la colonne dorsale. Enfin Rotter (*Deutsch. Archiv. f. Klin. Med.* 1874) montre la possibilité d'une lésion toute particulière de la moelle; une arthrite déformante de l'articulation atloïdo-axoïdienne a déterminé une dégénérescence graisseuse du cordon latéral droit de la moelle cervicale; les autres cor-

dons étaient altérés, mais à un beaucoup moindre degré. Le malade était un homme de quatre-vingt-quatre ans, et l'arthrite vertébrale coïncidait avec une arthrite huméro-cubitale.

L'arthrite déformante rhumatismale provoque surtout la déformation en cyphose à grand rayon ; mais on comprend facilement, étant donné la distribution irrégulière des causes provocatrices des déformations (usure des vertèbres, exostoses, hyperostoses, épaissement et rétraction des ligaments), qu'il soit impossible de décrire des déviations typiques. Le plus souvent celles-ci constituent un mélange de cyphose et de scoliose.

Les courbures anormales et la production des exostoses et des hyperostoses ont pour résultat la diminution de capacité du canal rachidien et la compression de la moëlle. Toutefois, cette compression est bien plus rare ici que dans le mal de Pott, ou elle semble la règle. « Nous ne connaissons, dit Leyden dans son *Traité des maladies de la moëlle*, traduction faite par M. Richard, aucun exemple authentique de compression de la moëlle au cours du rhumatisme chronique, mais nous ne nions pas pourtant que la chose soit possible, car Virchow (*Geschichte des arthritidis deformans, Archiv. für patholog. Anat.* 1869, p. 290-303), a trouvé sur des ossements exhumés des spécimens très accentués d'arthrite déformante. Sur l'axis, une vertèbre cervicale et deux vertèbres lombaires, il existait sur les bords et par dessus le cartilage des quantités nombreuses de tissu osseux nouveaux, les surfaces articulaires étaient inégales, verruqueuses, les corps vertébraux avaient diminué d'épaisseur et la lumière du

canal vertébral était telle qu'il était difficile d'admettre qu'il y ait eu quelques troubles du côté de la moëlle.

Des cas de compression de la moëlle dans le rhumatisme chronique sont cités par Pauliot, MM. les professeurs Potain, Bouchard et Charcot, Maurice, Raynaud, etc., etc.

La diminution de calibre des trous de conjugaison déterminée par la production osseuse périphérique, engendre des névralgies tenaces dues à la compression des nerfs qui les traverse (Jaccoud), *Altération de la moëlle* au niveau du foyer vertébral : myélite transverse.

Les altérations de la moëlle d'origine compressivesont les mêmes, quel que soit le genre de compression. Sous l'influence de l'agent comprimant, le tissu médullaire végète par un travail inflammatoire. « En d'autres termes, une myélite partielle est la conséquence à peu près obligatoire de la compression spinale » (Charcot).

La lésion porte sur tous les éléments constitutifs de la moëlle, névroglie, substance grise et faisceaux blancs. Elle est d'abord partielle, uniquement localisée au point comprimé ; mais bientôt du foyer de myélite transverse, partent des faisceaux blancs dégénérés dont la topographie est conduite et réglée par l'anatomie normale de la moëlle. (Fig. 3)

La moëlle a changé de direction, elle est courbée, aplatie contre le paroi antérieure du rachis, dure et d'apparence fibreuse, car la lésion est toujours ici ancienne à cause de la lenteur de l'évolution des désordres anatomiques. L'examen histologique y montre la formation d'une sclérose péricellulaire et péricubulaire qui étouffe et dé-

truit les éléments nobles de la moëlle. Les cellules nerveuses sont atrophées, les cylindres axes coupés.

Ce foyer de myélite engendre à son tour une interruption anatomique et physiologique pour les cellules et les tubes nerveux ; il se produit alors des désordres semblables à ceux qui suivent la section transversale expérimentale de la moëlle, des dégénérations fasciculées. L'étude de ces dégénérations est aujourd'hui bien connue, grâce aux travaux de MM. Bouchard et Charcot. Pour les comprendre, il est nécessaire d'indiquer la topographie des cordons moteurs et sensitifs, et à rappeler que tout faisceau séparé de son centre trophique dégénère et se sclérise. Or, si nous considérons une demi-section de la moëlle, nous trouvons en avant, contre le sillon médian antérieur, le faisceau de Turck et en arrière, dans la concavité du croissant de substance grise, le faisceau pyramidal croisé et le faisceau intermedio-lateralis moteur en avant, vaso-moteur en arrière. Tous ces faisceaux séparés de leur centre trophique représenté par la grande cellule ganglionnaire des cornes antérieures, dégénéreront de haut en bas, dans la partie sous-jacente au foyer de myélite, tandis que les faisceaux sensitifs représentés par les faisceaux de Gowers, cerebelleux direct, de Burdach et de Goll séparés de leur centre trophique, le ganglion postérieur des racines rachidiennes dégénéreront de bas en haut ; mais ici l'étendue de la dégénérescence sera très variable, suivant qu'on aura affaire à un faisceau composé de fibres d'association médullaire ou cérébro-médullaires.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE.

Dans le rhumatisme chronique, comme dit M. Guéneau de Mussy, le génie de la maladie est essentiellement chronique, la diathèse dont elle est l'expression y présente une activité continue qui s'apaise incomplètement sans s'arrêter, s'affaiblit sans s'épuiser, dont l'évolution des phénomènes morbides révèlent l'apparence de l'acuité, plutôt sabaigus que franchement aigus.

Le rhumatisme chronique ne frappe jamais uniquement la colonne vertébrale, il intéresse toujours en même temps les articulations des membres supérieurs et inférieurs. Non signalée chez les enfants, l'arthrite vertébrale chronique augmente de préférence avec l'âge des individus, et c'est entre 40 et 60 ans qu'elle atteint son maximum de fréquence. Toutefois nous ne pouvons nous empêcher de citer quelques cas qui font exception à cette formule générale et ici comme chaque fois que le rhumatisme chronique frappe un individu plus jeune, l'arthrite vertébrale a une évolution rapide. L'observation du Dr Robert Tood a trait à un jeune homme âgé de 24 ans, qui était, dit-il, un martyr complet de cette affection, toutes les articulations étaient prises, mêmes celles des vertèbres cervicales, était à un tel point atteint qu'on

jugea nécessaire de construire un appareil pour lui permettre de se lever. Eulenburg cite un cas semblable chez une jeune fille de 12 ans. Ces formes à évolution rapide sont extrêmement rares, la forme lente constitue la règle, quoique au début elle puisse se montrer avec des phénomènes aigus, avec un état fébrile plus ou moins notable, mais c'est une marche exceptionnellement rare.

La localisation vertébrale du rhumatisme chronique est, comme nous l'avons dit, non seulement précédée de poussées aiguës ou chroniques dans les articulations des membres, mais même de tout l'ensemble des syndromes qui stigmatisent l'existence d'un herpétique, d'un arthritique. La prise des articulations vertébrales, cervicales dans l'immense majorité des cas, est annoncée par des douleurs locales, sourdes, continues avec paroxysmes aigus au moment des poussées inflammatoires. D'abord légères, simple endolorissement local, ces douleurs augmentent peu à peu, se traduisent par des tiraillements, et affectent plus tard le caractère névralgique. Comme toutes les fois qu'une articulation devient douloureuse, les muscles voisins se contracturent par vigilance. La tête, le cou, les lombes prennent une situation fixe, et les mouvements d'extension, de flexion et de rotation sont douloureux, limités ou supprimés.

L'examen des régions malades révèle la courbure anormale de la tige vertébrale, une tuméfaction limitée des vertèbres et la contracture des muscles voisins. L'inspection et la palpation permettent de s'assurer qu'il n'y a pas d'abcès, pas de point douloureux nettement localisé. Les malades deviennent raides, tournent d'une

seule pièce, ne peuvent se baisser. Presque toujours l'ensemble des symptômes reste tel et traduit uniquement une lésion vertébrale, mais bientôt la lésion dépassant la sphère osseuse, atteint les nerfs émergeant du canal rachidien et la moëlle, ainsi s'expliquent les névralgies bilatérales, l'importance des membres, l'atrophie musculaire et la contraction dont rend compte la myélite transverse avec la sclérose des cordons blancs.

Lorsque les désordres anatomiques ont engendré des déformations, les choses restent dans cet état et persistent ainsi des mois, des années. Cette lente évolution est fréquemment coupée par de nouvelles manifestations aiguës, qui, comme dans tout autre localisation rhumatismale, sont plus fréquentes dans les saisons froides et humides, aux changements de température, et à la suite des fatigues. Enfin, comme terme ultime de l'évolution de l'arthrite vertébrale chronique, nous signalerons les attitudes vicieuses définitives dues à l'ankylose par fusion des vertèbres ou par ostéophytes, qui amène suivant les diverses régions affectées des changements de forme de la colonne vertébrale, de la position de la tête et du thorax. (Fig. 1)

L'ankylose des vertèbres cervicales amène une fixité presque complète de la tête, l'abolition de tous mouvements d'extension de flexion et de latéralité dus à la contracture musculaire. Ce torticolis, qu'on observe dans l'arthrite cervicale déformante, a son siège de prédilection dans les muscles trapez-sterno-cléido-mastoïdiens, et quelquefois dans d'autres muscles du cou, tels que : le splenius, le grand et le petit obliques.

La tête étant raide se maintient en flexion sur le sternum ou légèrement inclinée sur une des épaules. Dans une des observations de M. Charcot, le menton s'écarte à peine de 5 centim. du thorax ; le cou paraît élargi à sa partie postérieure.

Si l'on veut imprimer des mouvements à la tête, on voit immédiatement combien est grande la résistance musculaire ; le malade ressent de vives douleurs. Dans une de nos observations, ces douleurs se faisaient sentir dans la région frontale.

Un des symptômes qui mérite d'être mentionné, c'est un bruit de frottement, une sorte de crépitation dont les malades ont le plus souvent conscience, et que l'on perçoit très nettement, soit à la main soit à l'oreille, au moment où les articulations éburnées sont en mouvement, signe qui a été noté pour la première fois par Haygarth.

A la station debout le malade paraît très caractéristique : il est courbé sur lui-même ; la tête n'oscille plus, les yeux sont fixes, et si on lui dit de regarder à droite ou à gauche, se sont seulement les yeux qui se meuvent dans les orbites, la tête restant immobile ; s'il veut regarder par derrière, il se retourne tout d'une pièce : en somme, ils sont comme soudés. (Fig. 1)

Lorsque les vertèbres lombaires sont affectés, les malades peuvent redresser plus ou moins l'épine dorsale et même peuvent se tenir complètement droit.

Quand les vertèbres dorsales sont le siège de cette affection, le dos devient beaucoup plus courbé à la partie postérieure que cela n'a lieu normalement, et on cons-

tate aussi une saillie plus prononcée des apophyses épineuses.

Si toute l'épine est malade, le sujet semble comme plié sur lui-même, et, du vertex au sacrum, la colonne vertébrale n'offre qu'une seule courbure à convexité postérieure; la poitrine semble excavé et la figure devient non seulement incliné en avant, mais il y a même une diminution de la colonne vertébrale et de la hauteur du malade; par son immobilité et son attitude, le patient ressemble au tétanique en *enprosthotonos* (Charcot).

Enfin, consécutivement à l'arthrite déformante du rachis peuvent survenir des lésions myélitiques, cas cité par MM. Potain, Maurice Raynaud, Pauliot, et le symptôme capital est la paraplégie, qui apparaît en même temps que la gibbosité et parcourt lentement une suite de degrés depuis l'engourdissement, la faiblesse des mouvements jusqu'à l'abolition complète de la motilité et de la sensibilité. Ces faits sont tout à fait rares.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Supposons un malade atteint d'arthrite vertébrale chronique, la résolution du problème clinique comprendra : l'histoire de l'arthrite vertébrale, l'histoire de toute la vie du malade avec ses tares pathologiques, et enfin les rapports qui unissent la lésion vertébrale avec les autres désordres du système locomoteur.

En présence de tels malades, on peut d'emblée réunir en un faisceau une multitude de faits qui permettent de caractériser d'une façon très probable l'arthrite vertébrale. Ce sont des malades âgés, dont diverses articulations des membres sont frappées par le rhumatisme chronique. Ils ont de plus tout un passé herpétique et présentent comme désordres matériels de leur état général de l'artério-sclérose, de l'emphysème pulmonaire, de la néphrite interstitielle, etc. Enfin, l'examen minutieux de la colonne vertébrale permet d'éliminer un abcès par congestion, un cancer secondaire de la colonne vertébrale dont l'apparition et la marche sont bien plus aiguës. Cet ensemble de probabilités suffit le plus souvent pour affirmer la nature de la lésion, mais il faudrait ne pas connaître les difficultés de la clinique pour ne pas sentir la nécessité d'un diagnostic différentiel.

A la phase aiguë, on pourra confondre le rhumatisme vertébral avec les névrites multiples. Dans une clinique sur le rhumatisme vertébro-méningé, M. le professeur Jaccoud insiste sur le diagnostic. L'observation, sujet de cette clinique, a trait à un homme de 40 ans, maçon de son état, qui souffrait depuis trois semaines de douleurs qui s'étaient développées simultanément dans les régions de la nuque, des épaules, et dans les membres supérieurs. Les douleurs étaient d'une violence insolite. Le cou rigide était immobilisé en épisthotonos; toute tentative de mouvement volontaire, mais surtout la flexion et la rotation provoquaient instantanément une exaspération qui arrachait des cris au patient. Mais quelle que fût l'intensité des douleurs cervicales, elle était encore dépassée par les tortures que causaient les douleurs des membres supérieurs; ce malheureux s'ingéniait en comparaison pour donner une idée de ses souffrances, il parlait de torsion des os, de broiement des chairs. M. Brissaud fit le diagnostic de névrites multiples, mais M. le professeur Jaccoud, attribua à ces douleurs une origine centrale et les regarda comme des phénomènes d'irradiation. Prenant en considération, d'une part l'absence de traumatisme, d'autre part l'absence de toutes les conditions constitutionnelles capables de donner lieu à un mal de Pott, M. Jaccoud diagnostiqua une poussée aiguë de rhumatisme sur les articulations des vertèbres cervicales et sur les méninges correspondantes. Des ventouses scarifiées furent appliquées sur la région douloureuse du cou, on administra le salicylate de soude, et dès le 3^e jour, une amélioration survint. Les douleurs disparurent len-

tement, mais il resta une raideur très marquée du cou sans contracture. *Les autres lésions vertébrales* (car il est évident que les tumeurs intra-spinales comme le gliom, le tubercule solitaire, la gomme, les tumeurs primitivement développées dans les méninges, comme le sarcome, la pachyméningite hypertrophique, ne s'accompagnant pas des déviations rachidiennes, n'appellent aucun diagnostic différentiel.

Ce qu'il est important à connaître se sont les caractères principaux qui séparent l'arthrite déformante rhumatismale d'une série d'autres affections de nature diverse, comme la tuberculose vertébrale, l'hypérostose syphilitique, le cancer vertébral, dont l'aspect clinique peut être facilement une occasion de grande incertitude et peut induire en erreur, et même très souvent, les plus habiles cliniciens.

Nous essayerons de tracer un tableau qui puisse caractériser cette affection et aider à la faire reconnaître.

La tuberculose vertébrale survient le plus habituellement chez des jeunes gens faibles ou débilités par la misère, sortis des souches tuberculeuses. Après une phase caractérisée par des douleurs plus ou moins vives irradiées, gêne des articulations et des mouvements, survient la phase des déformations, l'effondrement de la colonne vertébrale, l'empâtement total et symétrique de la région. Cette tuméfaction envahissante des parties molles conduit toujours à la formation des abcès par congestion et à la paraplégie. De plus, l'absence de tout phénomène de rhumatisme dans le reste de l'appareil locomoteur assurera le diagnostic.

Dans certains cas, assez rares, l'arthrite rhumatismale chronique vertébrale, au lieu de former des courbures longues arrondies à convexité postérieure, peut déterminer la formation d'une gibbosité et la paraplégie, mais par un mécanisme tout différent de celle produite dans l'infiltration tuberculeuse des vertèbres, chose qui pourrait donner de grandes difficultés de diagnostic.

Dans le premier cas, bien qu'il y ait affaissement des vertèbres les unes sur les autres, la gibbosité des corps vertébraux résulte au contraire d'une production exubérante de tissu osseux de nouvelle formation, la gibbosité se forme peu à peu, elle est formée par une courbure douce, tandis que dans le mal de Pott, elle s'établit d'une manière brusque ; elle est anguleuse dès le début et accompagnée d'abcès.

Nous pouvons faire constater en même temps que, dans le premier cas, il n'y a rien réellement dans la colonne vertébrale elle-même ou dans les articulations pour empêcher le malade de se mouvoir lentement. Le mouvement vibratoire de la colonne déterminé par un choc, quel qu'il soit, n'incommodé pas le malade comme on pourrait le croire.

En effet, si nous essayons une petite expérience, nous verrons que nous pouvons placer la paume de la main sur le sommet de la tête du patient étant assis, presser fortement en bas et encore donner une sorte de succussion dans la direction longitudinale de la colonne sans qu'il ressente de grandes peines ; nous pouvons alors dire que, à la suite d'une telle expérience, il est possible de distinguer facilement l'arthrite rhumatismale de

la tuberculose vertébrale avec paraplégie, car nous savons qu'un malade menacé de cette affection ne permettra pas la plus petite pression faite dans la direction de l'axe de la colonne, et encore moins ne permettra aucun choc ou secousse qui lui soit imprimé.

Enfin, il est très utile, dans toutes les circonstances, que le médecin soit renseigné sur la nature de la maladie et sa cause, on s'appuiera sur les antécédents des malades qui sont ordinairement des sujets vigoureux qui, à un âge avancé, deviennent victimes de cette maladie ; l'ensemble de ce que nous avons exposé pourra nous guider à la reconnaître d'une manière précise, on pourra en même temps savoir à quoi s'en tenir dans l'avenir, non seulement au point de vue du pronostic, mais aussi au point de vue du traitement.

En ce qui concerne les exostoses syphilitiques du canal rachidien, ils sont toujours nettement localisés et provoquent peu de désordres ; si on remonte aux sources, on s'aperçoit qu'il s'agit presque toujours de faits de paralysie dans lesquels une saillie osseuse ayant été constatée à l'intérieur, le traitement spécifique a été suivi de succès, ce qui permet d'affirmer la nature syphilitique de la paraplégie.

Le cancer de la colonne vertébrale, toujours secondaire à un épithélioma cutané ou viscéral, localisation dont il est inutile de montrer ici l'extrême importance pour le diagnostic, ne tarde pas à provoquer, par extension rapide de la néoplasie, des névralgies bilatérales, tenaces, de la déformation très limitée de la colonne vertébrale et une paraplégie par compression.

Tous les signes de cachexie, les œdèmes, la dénutrition, l'amaigrissement, les adénopathies lèvent bientôt tous les doutes. Enfin, comme l'a signalé Bradford dans deux cas, le rhumatisme vertébral qui aboutit à l'ankylose peut être d'origine blennorrhagique. C'est là, comme le dit M. le professeur Jacoud, une éventualité des plus rares, mais il importe de la connaître.

Nous devons ajouter, en terminant ce chapitre, une cause d'erreur qui vient compliquer le diagnostic des arthrites déformantes cervicales, c'est la contracture simple des muscles du cou, due soit au rhumatisme, soit à d'autres causes, contracture qui, à elle seule, est capable d'immobiliser complètement la tête. Des faits de ce genre ont été observés autant chez les enfants que chez l'adulte, ainsi que MM. Rilliet et Barthez en font mention dans leur ouvrage. Dans ce cas, l'exploration minutieuse de la région sous-occipitale, les antécédents, la marche de la maladie éclairent le plus souvent le diagnostic. Néanmoins, quand on veut être renseigné d'une manière claire et précise sur l'état des articulations du cou, il reste une seule chose à remplir et qui rentre habituellement dans le domaine du chirurgien, c'est la chloroformisation; on obtiendra par cet artifice un relâchement complet des muscles, et en imprimant, avec beaucoup de précaution, des mouvements de rotation, de flexion et d'extension à la tête, on sentira des craquements ou des résistances si les articulations sont compromises, tout se passera comme à l'état normal si l'immobilisation était due à la contracture musculaire.

PRONOSTIC.

Le rhumatisme chronique, à sa première période, avant même qu'il ait eu le temps de bien se fixer, avant qu'il ait pu produire des désordres plus ou moins accentués, est presque toujours une maladie légère ; car, dans ces conditions, si nous sommes en présence d'un sujet issu de parents arthritiques ou herpétiques, souffrant de migraines, de névralgies, de légères douleurs articulaires ou d'autres manifestations précoces dès leur état constitutionnel, nous possédons, dans ces cas, entre nos mains, des moyens assez efficaces pour combattre et retarder la maladie.

C'est ainsi qu'on pourra être utile aux malades de bonne heure, et qu'on pourra les mettre à l'abri de tout danger pour l'avenir. Le pronostic immédiat est donc bénin, il ne ressemble en rien à celui de la fièvre rhumatismale, qui expose souvent, dès les premières heures du mal, à un danger de mort ou à d'autres désordres presque irremédiables, comme les lésions cardiaques.

Nous n'en saurions dire autant du pronostic ultérieur ; car à partir de ce moment où le rhumatisme chronique a pris une bonne place dans les divers articulations, et en particulier dans celles de la colonne vertébrale, le malade sera exposé à avoir des nouvelles attaques toutes les fois qu'il se présentera une occasion favorable, obligera l'individu à garder le lit pendant des mois entiers, il ne

pourra plus vaquer à ses occupations particulières, la maladie, quoique lentement, ira en s'aggravant, des déformations articulaires se produiront du côté des membres, du côté de la colonne vertébrale, désordres qui seront extrêmement difficiles à faire disparaître.

Le rhumatisme chronique crée aux malades arrivés à leur maximum des lésions, une infirmité complète, qui dorénavant perdront toute espérance au retour à la vie commune.

Le pronostic n'est pas grave en ce sens que la vie des malades n'est pas menacée, cependant, il n'est pas moins vrai qu'il seront condamnés à mener une vie lamentable, cloîtrés dans leurs chambres, incapables de rien faire ; tordus, fléchis sur eux-mêmes, immobiles dans leur lit ; ils maigrissent, pâlissent, perdent leurs dernières forces, deviennent anémiques et si une maladie intercurrente comme la tuberculose, la pneumonie des congestions pulmonaires ne les enlève pas, ils vont lentement vers la mort ; ils peuvent même atteindre parfois un âge assez avancé. Devant un tableau si affligeant le médecin reste un spectateur impuissant, car la maladie est incurable et ils sont pour le reste de leur existence une vraie charge pour les autres.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

La thérapeutique a peu de prise sur le rhumatisme déformant localisé à la colonne vertébrale et sur les infirmités irrémédiables qu'il entraîne. Lorsque le rhumatisme est à sa première phase, presque toujours aiguë, le salicylate de soude, l'antipyrine rendent de grands services. Le salicylate de soude administré à la dose de 3 à 5 gr. dans une potion gommeuse parvient à modifier au bout de quelques jours les fluxions articulaires. Sous son influence, comme sous l'influence de l'antipyrine, la douleur s'amointrit et cesse, puis la tuméfaction diminue et le malade se trouve rapidement mieux; après quoi ce médicament doit être abandonné.

En dehors des phases aiguës, c'est à l'iodure de potassium qu'il faudra s'adresser pour agir sur le travail de prolifération. On le fera prendre à la dose d'un à deux grammes par jour pendant des périodes d'une dizaine de jours séparées par des intervalles égaux de repos (Jaccoud); ou bien, à l'exemple de Lasèque, on administrera la teinture d'iode au moment des repas dans du vin d'Espagne, à doses graduellement croissantes de cinq à quarante gouttes par jour. M. le professeur Jaccoud croit même que cet agent est plus efficace que l'iodure de po-

tassium, mais il est rare qu'il soit toléré par l'estomac pendant un temps suffisant. Cette médication doit être continuée durant des semaines et au besoin pendant plusieurs mois. Malgré ces doses et la continuité du traitement il ne s'est jamais produit d'accidents d'intoxication iodique, et cette tolérance serait, selon M. Lancereaux, une preuve de l'efficacité de ce moyen.

On pourra, avec l'iodure de potassium ou sans cet agent, donner l'arsenic sous forme de liqueur de Fowler, à la dose de deux à six gouttes, répétée trois fois par jour, ou bien sous forme de granules d'acide arsénieux, au nombre de deux à dix, en vingt-quatre heures. Il n'est pas rare, ajoute M. Jaccoud, que ce traitement provoque tout d'abord une exacerbation plus ou moins vive des phénomènes douloureux. A la médication arsénicale ressortissent les bains arsénicaux préconisés par M. Guéneau de Mussy, suivant l'intensité des douleurs et de l'irritabilité individuelle, la dose d'arséniate de soude varie de un à huit grammes pour un bain, auquel on ajoute, en se réglant d'après les mêmes considérations, 200 à 250 grammes de gélatine, ou bien 100 à 150 grammes de carbonate de soude.

Les bains simples prolongés, les bains sulfureux à la température de 37° à 39°, les bains d'air sec à température élevée, donnent également des résultats satisfaisants.

Enfin, lorsqu'il y a du gonflement osseux et fibreux, des nodosités ou des stalactites, il faudra faire intervenir l'électrisation méthodique de la colonne vertébrale au moyen des courants constants (Remak, Erb et Niemeyer).

A ces agents pharmaceutiques et physiques, il faudra joindre les cures thermales : Contrexeville, Ragaz, Wildbad, Nérès, Baden-Baden, Wiesbaden, les boues de Dax, de Saint-Amand, Lamalloux, etc.

Traitement local. — Les révulsifs sont indiqués lorsqu'il existe des arthrites un peu aiguës. On appliquera des vésicatoires qui seront levés au bout de peu de temps et que l'on pansera ensuite avec un cataplasme de farine de lin ou de fécule de pommes de terre ; ou encore avec de l'huile boriquée si le cataplasme ne peut être supporté. Les cautérisations superficielles, et principalement celles qui sont faites à l'aide du cautère potentiel, comme les pointes de feu, les ventouses scarifiées, peuvent être employées localement.

Il ne peut être question de redresser ces colonnes vertébrales déviées, et nous ne pouvons agir présentement par un traitement bien compris contre les causes de compression de la moelle. Lorsque des désordres (sclérose, atrophie) ont pris naissance il faudra modérer par des nervins (bromure de potassium, antipyrine) l'hyperexcitabilité médullaire.

OBSERVATION I (*personnelle*).

Arthrite déformante cervicale.

Gue..., côtelier aux omnibus, âgé de 51 ans, entre le 7 juin 1888, salle Piorry, n° 12, à l'hôpital de la Pitié, dans le service de notre maître, M. le D^r Lancereaux.

Antécédents héréditaires. — *Grand-père* mort à 70 ans. Avait souffert de douleurs articulaires. *Grand-mère* morte à 60 ans, le malade ne sait de quelle maladie, mais il nous dit qu'elle a beaucoup souffert de rhumatisme à partir de l'âge de 35 ans, elle avait, paraît-il, les doigts déformés. *Père* vivant âgé de 65 ans, agriculteur, est atteint depuis longtemps d'une hernie inguinale droite. *Mère* morte à 56 ans, d'une maladie de poitrine, a eu des troubles dyspeptiques, migraines intenses qui l'obligeaient quelquefois de garder le lit, variqueuse. Deux frères et une sœur : le premier mort à 21 ans d'accident ; le deuxième âgé de 50 ans, bien portant.

La sœur, âgée de 42 ans, ne présente rien de particulier.

Antécédents personnels. — Pas de maladie dans l'enfance. Jusqu'à l'âge de 10 ans, le malade a habité chez ses parents ; à 15 ans, il entra comme berger dans une ferme et passe souvent les nuits en plein air dans des endroits humides. A 17 ans, travaille dans une fabrique de colle forte où, dit-il, il restait mouillé une partie de la journée. A 21 ans, en faisant son service militaire, il commence à éprouver des douleurs articulaires consistant en élancements dans les jambes et les cuisses ; à 27 ans, retiré du service militaire, entre aux omnibus ; est rappelé pour la guerre de 1870 où « il a été constamment exposé au froid humide. » En 1872, douleurs vives avec gonflement du genou gauche et de la cheville ; quelques jours après les articulations opposées furent prises et, ne pouvant plus continuer son travail, il entre à la Charité où il reste environ deux mois. Traite-

ment : salicylate de soude, bains sulfureux. Fracture du radius gauche à 36 ans. Troisième poussée de rhumatisme en 1887-1888, légère raideur du cou, faiblesse dans les membres inférieurs. Entre le 7 juin 1888, dans le service de M. Lancereaux.

En 1889, zona à la cuisse droite, durée un mois.

En 1890, quatrième poussée de rhumatisme, immobilité du cou, soudure des vertèbres cervicales, difficulté de la marche.

Vers la fin de 1890, M. Lancereaux quittant la Pitié pour l'Hôtel-Dieu, fait évacuer le malade dans son nouveau service où il est encore actuellement (1^{er} février 1892).

État actuel. — Homme autrefois robuste et bien musclé. A l'époque où il était soldat il mesurait 1 m. 75, actuellement il atteint juste 1 m. 60. Il est dans le décubitus dorsal, ne peut se tourner ni à droite ni à gauche qu'au prix de grands efforts et garde constamment le lit. La forme du crâne est normale ; cheveux grisonnants ; rien d'appréciable du côté des yeux. Mais ce qui frappe surtout au premier coup d'œil, c'est l'incurvation du malade sur lui-même et l'immobilité de la tête.

Les cuisses sont dans une légère flexion, le pourtour des genoux douloureux, pas d'épanchement intra-articulaire, craquements secs des deux côtés ; mêmes phénomènes aux articulations coxo-fémorales et des membres supérieurs ; cou immobilisé, tête fixe, les divers mouvements se font avec beaucoup de difficulté et soit provoqués soit volontaires, ils augmentent la douleur. L'examen des urines ne révèle rien de particulier.



Station debout. — Thorax voûté en avant, poitrine excavée ; tête complètement immobilisée et inclinée vers le sternum, impossibilité absolue de lui imprimer des mouvements, toute tentative en ce sens cause des douleurs au niveau de la région frontale et principalement à la région cervicale, douleurs accompagnées d'un bruit de frottement perceptible à la main et duquel le malade a parfaitement connaissance ; les muscles du cou et de la région cervicale extérieure sont rigides et contracturés, le malade n'accuse aucune douleur à la pression des apophyses épineuses ; les yeux fixes regardent en bas ; visage congestionné ; les jambes légèrement fléchies sur les cuisses, la gauche fortement amaigrie, la droite oedématiée ressemble à une jambe atteinte d'éléphantiasis. Si on le fait marcher, il exécute des mouvements très lents. Veut-il regarder à droite ou à gauche, il ne tourne que les yeux, la tête reste fixe sur le thorax, et, pour regarder en arrière, il est obligé de pirouetter sur lui-même d'une seule pièce, *il a l'air d'être complètement soudé.*

État des articulations. — Aucune déviation latérale de la colonne vertébrale, mais ce qui frappe, c'est qu'elle présente du sacrum à l'occiput une grande courbure à convexité postérieure ; à la région dorsale, les apophyses épineuses sont très saillantes et forment comme une espèce de tumeur allongée et fusiforme ; de chaque côté de la partie supérieure des apophyses épineuses dorsales, on voit un relief assez notable des omoplates.

Membres supérieurs. — Amaigrissement notable ; la peau est sèche et un peu rugueuse au toucher, pigmentée par places par de petites taches lenticulaires. Les articulations scapulo-humérales ne présentent aucune déformation appréciable à la vue ; quand on cherche à provoquer des mouvements, on perçoit des craquements très intenses ; léger degré d'atrophie des muscles des épaules ; impossibilité de porter la main sur la tête, le malade est obligé de soutenir son coude avec la main opposée. Aux extrémités des deux avant-bras, on constate à gauche et à la partie moyenne de

l'articulation radio-carpienne, un kyste synovial du volume d'une noisette, à droite un léger degré de déformation dû à une ancienne fracture.

Mains. — Pas d'atrophie musculaire de la région thénar et hypothénar ; la peau des doigts est blanche, luisante, comme accolée aux os ; les articulations phalango-phalangiennes sont le siège de petites nodosités osseuses, pas de raideur des jointures ; le petit doigt gauche est légèrement fléchi ; pas de dystrophie des ongles ; la force musculaire, modérée, est égale des deux côtés.

L'articulation coxo-femorale est moitié ankylosée, un peu fléchie sur l'abdomen, les mouvements sont limités par des douleurs et quelques légers craquements.

Membres inférieurs. — Mêmes téguments qu'aux membres supérieurs, varices abondantes sur la face interne des deux jambes, pas d'ulcères.

On remarque au niveau de la partie dorsale et externe du pied droit, une énorme tumeur (lipôme) du volume d'une tête d'enfant, arrondie, assez mobile, moyennement élastique ; la peau qui la recouvre est brillante et bleuâtre tout au tour, sauf au centre où le tégument, sur une étendue de quelques centimètres, conserve son aspect normal. Le genou droit paraît plus volumineux que le gauche, fortement oedématié, le gauche est très amaigri ; les mouvements de flexion sont plus libres que ceux d'extension ; craquements articulaires très intenses ; rien aux articulations tibio-tarsiennes.

Les orteils sont déformés, le gros orteil est déjeté en dehors, les quatre autres sont en marteaux. — Troubles trophiques des ongles qui présentent à leur surface les uns des stries transversales et d'autres des stries longitudinales.

Toutes les autres fonctions s'accomplissent normalement.

L'estomac est peu dilaté.

Traitement. — Salicylate de soude, antipryne, iodure de potassium, bains sulfureux.

OBSERVATION II (*Personnelle*).

(*Recueillie dans le service de M. Troisier*).

Névrite des extrémités inférieures. — Rhumatisme chronique vertébral.

La nommée P..., âgée de 48 ans, cuisinière, entre le 2 juin 1891, salle Lorain, n° 31, à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Troisier.

Antécédents héréditaires. — Père, ni goutteux, ni rhumatisant, mort de fièvre typhoïde. Mère, ayant toujours eu une excellente santé, sauf quelques migraines, morte de cause inconnue.

Antécédents personnels. — Pas de maladies de l'enfance. Bien réglée. N'a eu que peu de douleurs articulaires, n'est pas sensible au froid, n'a eu ni eczéma ni hémorroïdes, etc. Pourtant, à l'âge de 18 ans, elle nous dit être sujette aux migraines et avoir pris de l'enbompment. Elle se marie et a deux enfants ; mais en 1870, son mari est tué et ses enfants meurent de la variole.

En 1885, sa santé commence à s'altérer. C'est d'abord une certaine difficulté à monter les escaliers ; puis des douleurs « qui passaient comme des éclairs », dit-elle, spontanément, sur le devant de la jambe, depuis le genou jusqu'à l'extrémité des orteils. Ces douleurs la forcent à s'asseoir sur les marches de l'escalier ; elles durent quelques minutes à peine et amènent des palpitations ; après chaque crise, tout rentre dans l'ordre.

Vers la même époque et pendant 8 jours consécutifs, apparaissent dans la nuque des accès douloureux, d'une durée moyenne de 15 à 20 minutes. Depuis lors, l'extension complète de la tête est difficile et pénible.

Il y a 3 ans environ, cette cuisinière qui, à Paris, travaillait dans une cuisine petite, mal aérée, part avec ses maîtres

à la campagne où on la fait loger dans une chambre étroite et humide.

Bientôt, elle s'aperçoit qu'elle suffoque à la moindre fatigue, au moindre effort. Elle est prise aussi d'étourdissements passagers avec vertiges, douleurs articulaires dont l'intensité assez variable, retentissait même dans la région cervicale. Elle s'alita pendant quelques semaines, et après l'administration de salicylate de soude, toutes les douleurs disparurent, à l'exception de celles de la partie supérieure du rachis.

Cet état de bonne santé apparente dura jusqu'au mois de mai 1891.

Un matin, subitement, les douleurs réapparaissent dans les membres inférieurs, la marche devient presque impossible et la malade entre dans le service le 2 juin 1891.

Etat actuel. — La malade se plaint de douleurs atroces, lancinantes, suivant le tibia et revenant jusqu'à 100 fois dans la journée. Elle ressent constamment dans les jambes et les pieds une sensation de chaleur, de cuisson, qui l'oblige à les tenir hors du lit.

La peau est un peu rosée, lisse, tendue. L'épiderme semble aminci, il y a un léger degré d'œdème dur. Les ongles sont cannelés, stratifiés, friables avec une faible courbure antéro-postérieure et un bord libre irrégulier. Les muscles ne sont pas atrophiés.

La palpation de la jambe et du pied éveille des douleurs profondes, les mouvements communiqués aux articulations sont plus douloureux encore que les pressions. Néanmoins l'anesthésie cutanée est complète, elle porte à la fois sur le tact, la douleur et la température. La limite supérieure est à la jarretière.

Le reflex rotulien est intact. Si la malade se lève, tout le pied prend une teinte rouge violacé. La plante du pied droit ne peut se poser sur le sol sans de vives souffrances, la marche n'est possible que sur le talon.

Tous ces troubles semblent se rattacher à une névrite probablement alcoolique, bien que la malade n'avoue guère

ses tendances à la boisson ; mais sa profession d'abord y fait songer, ensuite elle accuse des crampes d'estomacs, des cauchemars qui réunis à ses douleurs troublent toutes ses nuits (Elle voit des abîmes, des couleuvres, des rats blancs, des chats noirs ; elle se querelle avec des inconnus, ressent des secousses électriques au moment où elle va s'endormir). L'appétit est diminué, les digestions pénibles, la défécation normale. Les mictions sont fréquentes, peu copieuses, accompagnées de cuisson. Les urines pâles et claires ne contiennent ni sucre ni albumine. Le cœur a des battements sourds assez lents, aucun bruit de souffle.

Les artères sont légèrement athéromateuses. Outre cette névrite des extrémités inférieures, la malade offre cette particularité intéressante qu'elle est atteinte de polyarthrite chronique déformante, aux pieds, aux mains, au rachis. Interrogée à ce sujet, elle déclare qu'à sa naissance, elle avait les deux doigts auriculaires fléchis et déformés comme à l'heure actuelle.

C'est en 1885 que se sont déclarées les douleurs cervicales dont nous avons déjà parlé et à la suite desquelles l'extension complète du cou a été abolie.

Rachis. — La partie supérieure de la colonne vertébrale est légèrement incurvée en avant, les 5°, 6°, 7° vertèbres semblent surtout être atteintes. Tout mouvement communiqué ou volontaire indique un certain degré de raideur et éveille en même temps des douleurs momentanées. Le redressement complet est impossible. La malade conserve une attitude penchée. L'application de la main au niveau de la 6° vertèbre perçoit un bruit de frottement ; les apophyses épineuses, à ce niveau, font une très légère saillie, ne sont pas douloureuses à la pression.

Main droite. — L'auriculaire congénitalement frappé offre l'aspect suivant : la phalange est en extension forcée sur le métacarpe, la phalangine en flexion sur la phalange, la phalangette en extension. Il y a en outre une double courbure, très légère, dans le sens transversal.

De chaque côté de l'articulation de la 2° phalange, on

trouve de très petites nodosités. Les mouvements se font avec difficulté, sans douleur, sans craquements.

L'annulaire présente la même déformation. Pas de déviation vers le bord cubital.

L'index est moins atteint, il est assez fortement dévié vers l'annulaire.

Main gauche. — Le petit doigt légèrement touché; les autres doigts présentent de légères déformations.

Pied gauche. — L'articulation tibio-tarsienne est très douloureuse, quand on imprime le moindre mouvement, pas gonflée.

Le gros orteil, déjeté en dehors, recouvre quelque peu les autres orteils, déviés aussi dans le même sens, mais moins fortement.

Pied droit. — Mêmes lésions qu'au pied gauche, sauf intégrité du cou de pied.

Les articulations, genou, coude, épaule sont absolument normales.

En terminant, nous ferons observer que bien que la malade se soit trouvée dans des conditions de froid et d'humidité, les déformations des articulations, et principalement celles de la colonne vertébrale, se sont accentuées à l'occasion de la ménopause.

OBSERVATION III (1)

M., Égoutier, âgé de 62 ans, a eu pendant sa jeunesse des migraines, plus tard des hémorroïdes, de la dyspepsie, des éruptions prurigineuses de la peau et en dernier lieu des douleurs articulaires qui ont fini par le mettre dans l'impossibilité de marcher.

Le 18 février 1881, il est reçu dans le service de M. le Dr Lancereaux, à l'hôpital de la Pitié, pour des douleurs violentes occupant la plupart des articulations, principalement les épaules, les hanches et les genoux.

(1) Lancereaux, *Anatomic Pathologique*.

Il accusait, en outre, de vives souffrances dans la région vertébrale et présentait une attitude toute particulière, résultant de l'exagération des courbures cervicale et dorsale.

Le malade du reste, pouvait difficilement se mouvoir, et lorsqu'on le maintenait dans la station verticale, il paraissait empalé. Les douleurs se trouvèrent légèrement modifiées par l'emploi du salicylate de soude et de l'iodure de potassium ; mais le mal progressa, les muscles des membres s'atrophiaient, l'appétit diminua peu à peu, puis survinrent des eschares au sacrum, de la fièvre, et la mort eut lieu par septicémie, en juin 1883.

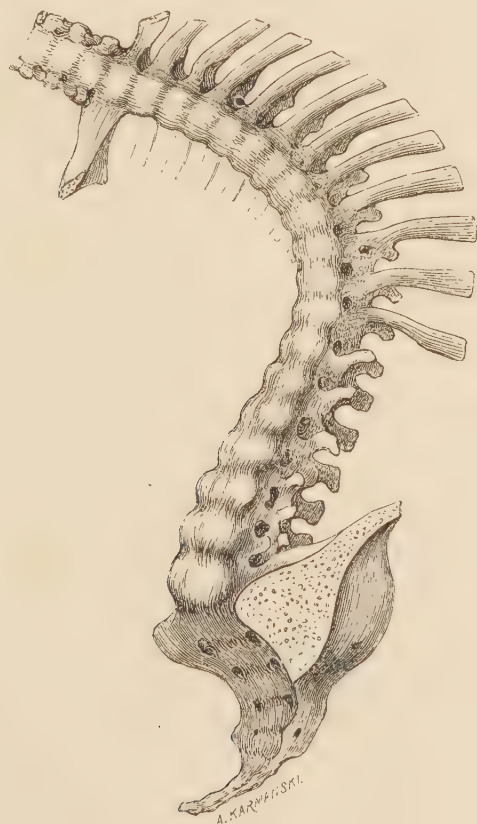


Figure 2.

Autopsie. — La plupart des articulations sont lésées, elles ne contiennent pas de liquide, mais les synoviales sont injectées par places et les cartilages diarthrodiaux usés, érodés ou ulcérés. Les articulations tibio-fémorales et coxo-fémorales sont particulièrement affectées et présentent des bourrelets osseux manifestes à la suite du périoste et du cartilage.

Le ligament rotulien incrusté de sels de chaux à sa partie supérieure, ne présente pas plus que les surfaces articulaires de dépôts d'urates de soude.

La colonne vertébrale est le siège d'une déviation prononcée, toutes les pièces qui la composent sont soudées entre elles, et cette soudure paraît résulter du moins en partie, de l'ossification des disques intervertébraux. Des points osseux relient les vertèbres aux côtes; il s'agit de nouvelle formation.

Le cœur est légèrement hypertrophié; l'aorte dilatée présente quelques plaques d'athérome; les artères iliaques et celles des membres larges. Les artères cérébrales sont opalines et dilatées par places. Le cerveau est normal, ses enveloppes sont légèrement épaissies à la convexité. Il existe quelques granulations tuberculeuses caséifiées aux sommets des poumons. Le foie est sain mais la vésicule biliaire contient de 30 à 40 calculs, constitués en grande partie par de la matière colorante biliaire. Les reins offrent quelques kystes à leur surface, ils sont petits. La vessie renferme deux calculs, ayant chacun le volume d'une noisette, sa muqueuse est ardoisée au niveau du bas-fond.

Le tube digestif est à peu près intact, du moins à l'œil nu.

OBSERVATION IV.

H. Pélissié. Thèse de Paris.

Riv..., Berthe, âgée de 13 ans 1/2, entre le 29 octobre 1888, à l'hôpital des Enfants-Malades, salle Husson, lit n° 6, dans le service de M. le professeur Gaucher.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — *Mère* bien portante, aucune maladie notable. *Grands parents* maternels, bien portants jusqu'à leur mort à un âge avancé. *Père*, bonne santé. *Grands parents paternels* morts âgés.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Née à terme sans accidents, élevée au biberon à la campagne, où elle habitait une maison récemment construite. Aucune maladie éruptive.

Début de la maladie. — C'est vers l'âge de 4 ou 5 ans, que la mère remarqua que les doigts de son enfant augmentaient de volume ; cependant l'enfant ne paraissait pas souffrir, elle commença même à écrire et à travailler à la couture.

Quelques mois après, elle éprouvait de la difficulté à mouvoir les articulations des phalanges de la main, et l'impotence a augmenté depuis lors. Ces déformations suivirent une marche *envahissante* mais *lente*.

ÉTAT ACTUEL. Enfant peu musclé d'embonpoint moyen, grandeur normale, teint coloré.

Quand elle marche, on note immédiatement une attitude disgracieuse, gênée, elle s'avance à petits pas, quoiquemarchant assez vite, la tête un peu en avant mais surtout immobile.

Les déformations sont à peu près symétriques.

La plupart des articulations, mais surtout les petites, sont malades à un degré variable.

A l'examen, nous constatons : un *épanchement* synovial peu abondant, distendant légèrement les ligaments ; un *épaississement* manifeste des tissus fibreux périarticulaires et une tuméfaction évidente des extrémités osseuses, paraissant limitée aux phalanges des mains. On ne constate pas de véritable ankylose, si ce n'est dans les articulations des premières vertèbres cervicales, si l'on se rapporte à l'absence presque absolue de certains mouvements.

Colonne vertébrale. — Ne paraît atteinte que dans sa portion cervicale. Aucune déformation appréciable, mais une gêne extrême des mouvements. L'extension de la tête est très limitée, pour ne pas dire nulle ; la flexion est encore

possible et permet le contact du menton et du sternum. Quant aux mouvements de rotation, ils sont réduits au minimum, et l'on peut les transformer en mouvements de flexion latérale, ceux-ci encore notablement limités.

Les mouvements dorsaux et lombaires sont intacts.

MEMBRES SUPÉRIEURS. — *Mains*. L'extension des phalanges est impossible. Les doigts ne peuvent atteindre la flexion complète, leur forme est très modifiée, les articulations ont doublé de volume, ce qui donne aux doigts un aspect noueux très marqué, la dernière phalange est effilée.

Quelques particularités : les pouces sont moins atteints, ils exécutent facilement les mouvements d'opposition. L'index droit est courbé sur son bord interne, il existe de l'épanchement articulaire.

Poignet. — Est en flexion, cependant il peut se mettre dans la rectiligne ; il y a de l'hydarthrose. On ne constate pas de gonflement épiphysaire ; les mouvements sont limités dans tous les sens.

Coude. — En demi flexion. Hydarthroses douteuses. Pas de déformation ; extension complète impossible.

Epauule. — Rondeur exagérée ; les mouvements paraissent intacts, l'enfant mettant facilement la main sur la tête, mais on remarque que l'omoplate suit les mouvements de l'humérus aussitôt qu'il dépasse une certaine limite, il existe donc en réalité une gêne des mouvements.

MEMBRES INFÉRIEURS. — *Pied*. — Courbure peu développée ; l'arrière-pied et l'articulation tibio-tarsienne manquent de flexibilité. Pas d'épanchement synovial. Pas de déformation des épiphyses. Mouvements limités.

Genoux. — Déformés par un épanchement assez abondant. La flexion est limitée.

Hanche. — Une légère gêne ; rien d'appréciable à l'examen.

Tête, mâchoire. — Rien d'anormale.

Voûte palatine, dents. — Rien de particulier.

Les autres fonctions s'accomplissent normalement.

Traitement. — Bains sulfureux, iode intus et extra.

Par la suite, il y eut une très légère amélioration.

25 février. — Quitte l'hôpital, conservant les mêmes déformations articulaires et les mêmes troubles fonctionnels.

OBSERVATION V.

(*Maurice Raynaud. France Médicale 1877, p. 777*).

De l'arthrite sèche vertébrale

Le 8 juin 1877, entrant dans mon service à l'hôpital de Lariboisière, une femme âgée de 50 ans, atteinte de paralysie, d'un embonpoint ordinaire et d'une bonne apparence. Cette femme disait avoir toujours joui d'une excellente santé jusqu'aux environs de la ménopause, survenue six mois auparavant. Cependant, depuis 3 ans, ses digestions avaient été moins bonnes ; elle avait eu de temps en temps quelques vomissements glaireux. Depuis un an déjà, elle avait commencé à sentir dans la région lombaire des douleurs assez vives qui s'accroissaient avec plus d'intensité et nécessitaient le séjour au lit. Ces douleurs ne tardèrent pas à devenir atroces ; elles avaient leur siège principal à la colonne vertébrale, vers la fin de la région dorsale ; de là, elles s'irradiaient vers les membres inférieurs et s'accompagnaient aussi de névralgies intercostales pour lesquelles, plusieurs vésicatoires furent appliqués sans succès.

Bientôt la marche devint hésitante, puis très difficile, et enfin impossible. La jambe droite d'abord, puis, quelques jours après, la gauche, présentèrent des soubresauts involontaires, en même temps qu'elles étaient le siège d'une sensation de refroidissement.

Au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital, la motilité avait complètement disparu dans les membres inférieurs, la

sensibilité y était presque abolie dans tous les modes ; la malade accusait dans la continuité de ces membres des douleurs spontanées, extrêmement vives, mais passagères. La constipation était opiniâtre ; depuis 2 ou 3 jours, l'impossibilité d'uriner était devenue complète. A partir de ce moment il fallut employer la sonde matin et soir.

Tout en explorant la malade, je constatai au sein gauche l'existence d'une tumeur aplatie de 8 à 10 centimètres de diamètre. La malade en faisait remonter le début au mois de décembre précédent ; elle disait avoir été traitée à la Maison municipale de santé avec une pommade iodurée qui aurait amené, selon elle, une amélioration considérable. Cette tumeur, peu douloureuse, était d'une dureté ligueuse, mais très mobile, sans adhérences au muscle pectoral. A son niveau, la glande mammaire avait subi une atrophie considérable. La peau était rétractée et comme chagrinée à la surface. Il n'y avait pas d'engorgement des ganglions axillaires du voisinage. Je diagnostiquai un squirrhe atrophique de la mamelle, et ce diagnostic fut aussi celui de mon collègue le Dr Fanas. Dès lors, par une déduction que l'on trouvera, je pense, assez naturelle, je n'eus plus de doute sur la paraplégie. Je la considérai comme une de ces paralysies douloureuses dues à la formation de noyaux cancéreux dans la colonne vertébrale, d'autant que le squirrhe de la mamelle est, comme on le sait, l'une des formes du cancer où l'existence de ces tumeurs secondaires est la plus fréquente. Ce ne fut que quelques jours après, qu'en découvrant la malade pour explorer avec soin la colonne vertébrale, je trouvai, vers la fin de la région dorsale, une saillie faisant à angle mousse, une véritable gibbosité qui me fit admettre une destruction cancéreuse des corps vertébraux correspondant aux apophyses saillantes. A ce niveau, la pression était très douloureuse ; on constatait en même temps un oedème de la région lombaire. La malade ne s'était jamais aperçue de l'existence de la gibbosité.

Le 23 juin, apparition d'une escharre à la région sacrée. Cette escharre prit rapidement un développement considéra-

ble, et, malgré tous les soins, ne tarda pas à amener un vaste décollement de la peau. Les digestions se troublèrent de plus en plus, l'anorexie devint complète. En quelques jours nous vîmes s'accroître une cachexie profonde, un état de marasme suivi de coma. La mort survint le 22 juillet. Deux points dans *l'autopsie* devaient particulièrement attirer notre attention : l'examen de la tumeur du sein et celui de la colonne vertébrale.

La *tumeur* n'était point un cancer. Une coupe perpendiculaire pratiquée dans son épaisseur, permettait de constater l'existence d'une hyperplasie remarquable du tissu conjonctif interstitiel, une sorte de noyau fibreux central dur, criant sous le scalpel, envoyant de divers côtés des prolongements ramifiés dans l'épaisseur de la glande mammaire ; mais déjà à l'œil nu, il était aisé de reconnaître qu'il n'existait pas trace de suc cancéreux, et que, même dans les endroits les plus denses, toutes les parties de ce tissu qui avaient échappé à l'envahissement du tissu conjonctif, présentaient l'aspect soit de la graisse interlobulaire, soit du tissu glandulaire normal. M. le Dr Cadiat qui a fait l'examen histologique de la pièce a constaté qu'il n'existait ni alvéoles de carcinomes, ni formations épithéliales ; il s'agissait simplement d'un adénome.

A l'examen de la colonne vertébrale, mise à nu et dépouillée, en arrière et de chaque côté des masses musculaires, le rachis laisse voir au niveau de la 9^e et de la 10^e vertèbres dorsales, une gibbosité due à l'écartement et à la saillie en arrière des apophyses épineuses de ces deux vertèbres. Mais la lésion n'est pas limitée à ces pièces osseuses. Les deux côtes correspondantes du côté droit, présentent depuis leur tête jusqu'à leur angle un ramollissement, une friabilité remarquables ; elles se laissent très aisément pénétrer par le scalpel, et, à la coupe, on trouve l'aspect et la structure de l'ostéite raréfiante. Pour se rendre compte du mécanisme de la production de la gibbosité, il convient de pratiquer avec la scie une coupe verticale et antéro-postérieure de la colonne vertébrale.

On observe alors les particularités suivantes dont la figure ci-jointe donne une idée assez exacte :

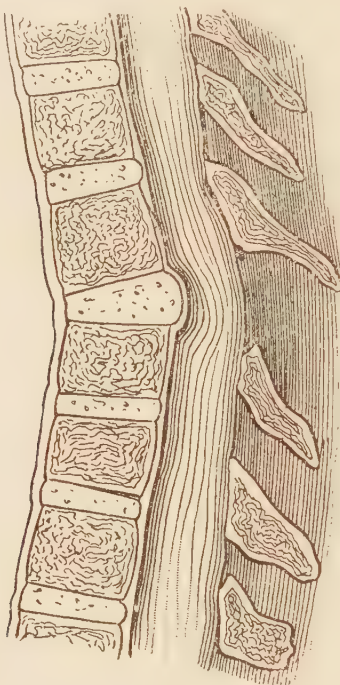


Fig. 3.

Tout d'abord, on note que le canal vertébral a subi une inflexion à concavité antérieure. Le calibre en est rétréci par une saillie arrondie qui proémine sur la paroi antérieure entre la 9^e et la 10^e vertèbre dorsale, saillie formée par le disque interposé entre ces deux vertèbres. Ce disque est ossifié dans les 9/10^e postérieurs de son étendue, il ne conserve sa structure normale que tout à fait en avant, et affecte la forme d'un coin à grosse extrémité tournée en arrière, et dont la base arrondie, saillante dans le canal rachidien, a plus d'un centimètre d'épaisseur ; la structure de ce coin est franchement osseuse ; la consistance est un peu supérieure à celle du tissu spongieux des vertèbres normales.

Le microscope permet d'y reconnaître des ostéoplastes en abondance.

Il résulte nécessairement de cette disposition, que les corps vertébraux situés au-dessus et au-dessous, ayant conservé leurs dimensions, ont subi un mouvement de bascule, en vertu duquel les deux apophyses épineuses se sont considérablement écartées en arrière.

Entre la 8^e et la 9^e vertébrale dorsale, existe un autre coin de substance osseuse mais disposé en sens inverse du précédent, c'est-à-dire que la base de ce coin notablement moins épaisse que celle de l'autre, regarde en avant. L'ossification n'occupe qu'environ les deux tiers antérieurs de ce disque intervertébral.

L'existence de ce second coin osseux tend ainsi à corriger en partie, par une sorte de compensation, la courbure pathologique de la colonne vertébrale. Il faut ajouter que la 9^e et la 10^e vertèbre dorsale dans leur totalité, ainsi que la 11^e dans la moitié environ de son épaisseur, ont subi une éburnation complète de leur tissu, qui, par sa dureté et sa blancheur, ne peut être comparé qu'au tissu compact de la diaphyse des os longs.

Ces vertèbres malades présentent sur les faces antérieures et postérieures de leur corps des anfractuosités assez remarquables que l'on découvre en enlevant le revêtement ligamenteux.

A partir de la huitième vertèbre en haut, et de la douzième en bas, les corps vertébraux reprennent leur structure spongieuse normale.

Examen de la moelle. — Les membranes d'enveloppe sont parfaitement saines, il n'y a pas de traces de pachyméningite décrite par M. Michaud dans le cas de paraplégie liée au mal de Pott vulgaire. La moelle elle-même, étudiée par M. Paul Oulmont, présente des altérations considérables. Un foyer important de myélite transverse, existe au niveau du point comprimé. Ce foyer, consistant en une sclérose où les éléments normaux ont à peu près disparu, occupe toute l'étendue des cordons postérieurs et des cornes antérieures,

empiétant un peu sur les cordons latéraux. Les cordons antéro-latéraux, dans leurs deux tiers antérieurs, sont entièrement sains, ainsi que les cornes antérieures. Au dessous du foyer, jusqu'à la queue de cheval, on observe une double sclérose descendante des cordons latéraux. Au dessus du foyer et jusqu'à la partie supérieure de la région cervicale existe une double sclérose des cordons de Gol.

OBSERVATION VI (1).

L..., 23 ans, garçon limonadier, entré le 7 août 1861 à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Denis, n° 6.

Antécédents. — Son père et sa mère sont vivants et bien portants, et n'ont jamais eu de rhumatisme.

Ses frères et sœurs, au nombre de huit, n'ont jamais été atteints de maladie semblable.

Le malade s'est toujours bien porté dans sa jeunesse. A 17 ans, exerçant la profession de boulanger, il a eu de légers battements de cœur, des douleurs vagues dans les muscles, sans œdème. Ces accidents furent conjurés par l'emploi de la digitale. A 19 ans, vient à Paris et quitte sa profession de boulanger pour prendre celle de limonadier, pendant cinq ans. A cette époque, il travaillait souvent dans des glaciers, des caves humides. C'est à 25 ans qu'il éprouve, pour la première fois, dans l'articulation tibio-tarsienne gauche, de vives douleurs qui l'obligent à entrer à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Jobert. Comme traitement on lui appliqua des pointes de feu, et l'articulation devint moins volumineuse, non douloureuse. Le malade pouvait travailler sans boîter, mais éprouvait des douleurs aux changements de temps.

Il part pour l'Amérique, et, dix mois après son arrivée à

1. Communiquée par M. le professeur Charcot. Thèse de Vergelles, 1866.

Boston, son pied gauche devient de nouveau douloureux, il a un peu de fièvre et de la courbature, les deux cou-de-pied sont pris et il est obligé de garder le lit pendant trente jours.

Pendant dix-huit mois, le malade reste bien portant, quoique les pieds fussent déformés et douloureux. Il se rend à San-Francisco et exerce la profession de maître-d'hôtel dans une habitation très humide, ses genoux s'œdématisèrent et restèrent douloureux pendant six mois.

Les membres supérieurs restent indemnes, pendant ce temps le malade n'est pas obligé de se coucher, il marche en se traînant, mais tout travail devient impossible pendant l'hiver de 1855.

A partir de cette époque, à chaque hiver, il a eu un accès qui durait quelques mois. En 1860 a lieu le plus violent qui persiste 4-5 mois, retient le malade au lit, et lui permet quelquefois de se tenir avec des béquilles ; à partir de ce moment les déformations se sont produites aux membres supérieurs et inférieurs. Il s'embarque alors pour Taïti, espérant trouver dans ce climat chaud, un soulagement à ses douleurs ; mais son état ne fait que s'empirer et, après un séjour de 17 mois, il ne peut plus marcher, même avec des béquilles. A ce moment se déclare une éruption papulo-squamieuse qui couvre toutes les parties du corps, principalement les membres. Il part pour la France et arrive à Paris le 19 avril 1861. A son arrivée, il ne peut marcher même avec des béquilles, il lui est impossible de se servir de ses mains ; il est incapable de les porter à la tête ou à sa bouche. Il est obligé de garder le lit.

Etat actuel. — Maigreur squelettique qui contraste avec le volume exagéré qu'ont pris les jointures ; il n'existe plus de muscles aux jambes et aux aines. Teinte blafarde, terreuse, des téguments ; les deux articulations tibio-tarsiennes sont prises, les pieds sont déjetés en dehors, l'extrémité inférieure du tibia fait en dedans, du côté du pied, une saillie énorme, le talon est effacé ; flexion prononcée de la jambe sur la cuisse ; les genoux volumineux, ne peuvent être ni

fléchis, ni étendus; ankylose cellulaire; pas de liquide dans les jointures. Les articulations coxo-fémorales sont libres.

La tête est fléchie sur le tronc et le menton touche presque la partie supérieure et antérieure de la poitrine. Le cou, à sa partie postérieure, est volumineux, élargi, arrondi dans tous les sens, le malade y perçoit des douleurs fréquentes plus ou moins vives et des craquements très forts; il ne peut faire mouvoir sa tête dans aucune direction, et, quand on cherche à produire un mouvement, on sent un obstacle invincible.

Les articulations des mâchoires sont libres, les épaules également, les coudes sont volumineux; les bras et les avant-bras très maigres; les poignets très volumineux, à peu près immobiles, les extrémités des os de l'avant-bras sont sub-luxés sur les os du carpe; les mains paraissent raccourcies et présentent des déformations caractéristiques. Le malade est dans l'impossibilité de se servir d'aucun de ses membres, il ne peut manger seul, ni s'asseoir sur son lit. Peu d'appétit, pas de fièvre.

Du 11 août au 6 septembre il prend 19 bains contenant :

Arséniate de soude. 3 gr.

Bicarbonate de soude. 200 gr.

Légère amélioration, moins de douleurs, mouvements plus libres.

Du 6 septembre au 3 octobre, le malade a pris chaque jour, après chaque repas, 15 à 20 gouttes de liqueur de Fowler.

Amélioration notable, disparition des douleurs; le cou lui-même est devenu un peu mobile.

OBSERVATION VII (1).

Rhumatisme chronique. — Immobilité complète de la colonne cervicale. — Absence de tout mouvement de la tête sur le rachis.

1. Communiquée par M. G. Variot, interne des hôpitaux, Thèse de M. Cotilleau, 1882.

Mme F..., âgée de 56 ans, a été atteinte de rhumatisme articulaire aigu vers l'âge de 40 ans. Depuis cette époque, elle a eu plusieurs attaques, mais il y a six ans seulement qu'elle a ressenti des douleurs à peu près permanentes, dans les genoux et qu'elle a vu ses petites jointures se déformer. Depuis lors les choses ont été en s'aggravant, jusqu'au commencement du mois de novembre 1881, époque à laquelle nous avons pu l'observer.

La malade est condamnée à une immobilité absolue, on ne peut la porter de son lit à son fauteuil ; ne peut s'alimenter. La plupart des grandes jointures sont soudées. Les jambes, fortement œdématisées, sont ankylosées à angle droit sur les cuisses. Les articulations de l'épaule, du coude et du poignet sont également soudées. Les extrémités des doigts, effilées, mais sans déplacement, à l'exception cependant de la déviation de la première phalange sur le métacarpien, offrent un aspect sclérodermique. La peau est lisse, dure et tout à fait dépourvue d'élasticité.

Cette sclérodermie s'étend à la face dorsale de la main et jusqu'au poignet. Chose singulière, les battements de l'artère radiale des deux côtés ont cessé d'être perceptibles, néanmoins la chaleur est conservée dans les doigts. La tête est fortement inclinée, au point que le menton touche le sternum ; tout effort pour la redresser est inutile et extrêmement douloureux. Aucun mouvement de latéralité ni de rotation. La colonne cervicale est bombée en arrière. Il existe du gonflement au niveau des dernières cervicales, dans lesquelles la malade éprouve de vives douleurs, surtout quand on exerce une légère pression sur les apophyses épineuses. Les articulations temporo-maxillaires sont prises, les arcades dentaires peuvent à peine s'écarter pour laisser passer la langue. Indépendamment de ces lésions profondes de l'appareil locomoteur, lésions déjà anciennes, cette malade se plaint de tousser beaucoup depuis six mois. A plusieurs reprises, elle a eu des hémoptysies peu abondantes. L'expectoration présente l'aspect nummulaire ; les crachats sont rejetés presque sans efforts de toux. La percussion de la poitrine dénote une ma-

tité sous la clavicule, descendant jusqu'au troisième espace intercostal. L'auscultation permet d'entendre en ce point, un souffle intense avec de gros râles humides, qui deviennent de véritables gargouillements, lorsqu'on fait tousser la malade. Les battements du cœur sont faibles, mais réguliers ; le premier bruit paraît dédoublé si on ausculte sur le bord gauche du sternum.

Les urines contiennent une quantité notable d'albumine (4 gr. par litre). Cette albuminurie, indice d'une lésion rénale, remonte à une année. Elle explique suffisamment l'œdème des membres inférieurs. Tout cet ensemble de troubles a amené une cachexie profonde. La malade ne s'alimente qu'avec du lait et de la viande crue. Depuis quelques jours, il est survenu du muguet dans la bouche, que l'on traite avec des applications répétées de collutoire boraté, et par des lavages à l'eau oxygénée.

A partir du 15 novembre, l'œdème circonscrit pendant longtemps aux jambes et au dos des pieds, gagne les cuisses, le ventre, la peau même des avant-bras garde l'empreinte du doigt. On prescrit 0 gr. 25 de poudre de digitale en macération. Cette dose est répétée pendant trois jours. L'effet diurétique est nul, mais il survient une diarrhée extrêmement pénible, dans l'état d'immobilité forcée où se trouve la malade. Sur ses instances, on lui prescrit une potion avec bismuth et diascordium, mais sans résultats ; quelques lavements à l'extrait de ratanhia sont plus efficaces.

Dans les derniers jours de décembre 1881, malgré la médication tonique, sur laquelle on insiste spécialement, l'état de faiblesse est extrême. L'œdème fait des progrès, la face et les paupières deviennent un peu bouffies.

Le 14 décembre, dans la soirée, la malade tombe dans une somnolence, qui ne tarde pas à devenir un état comateux.

Le 15, lorsque nous la voyons, elle est sans mouvement, avec une respiration stercoreuse. Depuis 7 à 8 heures, elle ne reconnaît plus les personnes qui l'entourent.

Les battements du cœur sont faibles, mais réguliers. On essaye de lui faire avaler quelques gouttes de cognac, mais elles retombent le long des lèvres.

On fait une application de sinapismes Rigollot, que l'on promène successivement sur les jambes, les cuisses, le ventre, la poitrine, mais rien ne parvient à tirer la malade de son état comateux ; elle succombe à 4 heures de l'après-midi.

L'autopsie n'a pas été pratiquée.

OBSERVATION VIII (1).

V..., Adélaïde, née le 25 mars 1807, entre le 7 février 1848, pour paralysie de tous les membres.

Antécédants. — Rien de particulier ; réglée à 16 ans ; ménopause à 45 ans. Mère morte cancéreuse. Père mort subitement. Son grand-père a eu des douleurs vagues dans les membres.

Elle a une sœur qui est bien portante.

A 20 ans, céphalalgies fréquentes ; à 25 ans, elle travaille dans un sous-sol humide ; un an après apparition des douleurs bornées à l'omoplate.

Entre à Cochin ; à sa sortie, ne pouvait plus se servir de son bras. Va dans le service de M. Trousseau, à Necker. Douleurs dans les genoux, le cou de pieds ; pas de gonflement. On appelait ces douleurs *rhumatismales*.

Elle reste 18 mois dans ce service. Les douleurs auraient persisté 5 à 6 mois.

Le bras droit était paralysé, quelques douleurs dans le dos.

Il y a 5 à 6 ans, que la malade a éprouvé des douleurs dans la région cervicale, qui s'est peu à peu déviée. Ce n'est que depuis son entrée à la Salpêtrière, que sa main gauche s'est prise ; maintenant elle souffre de l'épaule gauche et dans la colonne vertébrale jusqu'au milieu du dos. Elle ressent des craquements dans les genoux, le cou et, aux chan-

(1) Communiqué par M. le professeur Charcot. Thèse de Vergelle 1866.

gements de température, les douleurs deviennent plus vives dans les articulations.

Etat actuel. La région cervicale de l'épine dorsale, est inclinée fortement en avant et un peu à gauche, de manière que le menton est presque appliqué sur le devant de la poitrine. La malade peut cependant redresser elle-même la tête et la séparer de la poitrine d'environ 5 centimètres ; mais si l'on veut faire une extension plus complète, on éprouve alors une résistance. — Les muscles du cou ne paraissent pas contracturés et les sterno-mastoïdiens sont presque effacés : ce sont surtout ceux du trapèze, qui se dessinent en arrière et de chaque côté du cou.

Les clavicules paraissent très saillantes et le creux sous-claviculaire très prononcé, la poitrine est aplatie, les deux épaules sont fortement portées en avant et en dedans. Il y a atrophie notable des deux membres supérieurs, le bras droit paraît plus atrophié que le gauche. La main est dans l'extension forcée, de manière que son axe fait un angle droit, avec les os de l'avant-bras ; les mouvements de l'épaule droite existent encore et la malade peut porter la main à la tête, mais avec difficulté ; la flexion de l'avant-bras sur le bras se fait difficilement et c'est à peine si la malade peut dépasser l'angle droit ; l'extension complète ne se fait que par l'action de la pesanteur ; elle a des mouvements à peine marqués de l'extrémité des doigts ; leur extension s'exécute, au contraire, un peu mieux. A gauche, les mouvements sont difficiles, ceux du coude sont complets tant pour l'extension que pour la flexion, ceux des doigts s'exécutent en partie, mais la malade ne peut les fermer complètement. Les membres inférieurs ne sont pas trop atrophiés. La malade marche facilement mais a de la peine à monter un escalier. La miction et la défécation se font bien.

OBSERVATION IX (1).

Arthrite rhumatismale. Région lombaire.

L., menuisier, âgé de 64 ans, avait toujours joui d'une bonne santé, lorsqu'il y a vingt ans, il fut pris d'une vive douleur, qui occupait l'un des côtés de la tête et revenait surtout aux changements de température. Puis il ressentit dans tout le membre gauche des tiraillements douloureux qu'il regardait comme de nature rhumatismale. Il continuait d'ailleurs à être vigoureux et bien portant. Il y a 2 ans, il s'aperçut, pour la première fois, qu'il portait au côté interne de la rotule gauche, une tumeur du volume d'une noisette; elle disparut, mais il s'en forma une autre, toute pareille, au côté externe, laquelle persiste encore aujourd'hui. La peau qui la recouvrait, s'ulcérait de temps en temps et donnait issue à une sérosité claire, visqueuse et filante. Aujourd'hui la plaie est fermée et l'on sent au dessous d'elle, plusieurs petites tumeurs molles, élastiques, du volume d'une noisette. Le malade rapporte l'affection, dont il se plaint actuellement, à l'attitude courbée à laquelle sa profession le condamnait, et en même temps à la manœuvre de la scie et à d'autres travaux fatigants. Il a, dit-il, commencé à ressentir des douleurs dorso-lombaires lorsqu'il se tenait courbé; ces douleurs s'exaspéraient par la pressions sur les vertèbres lombaires et augmentèrent graduellement. L'été dernier le malade remarqua que lorsqu'il remuait la colonne vertébrale, il se produisait un craquement particulier dans les reins. Les douleurs s'étendaient des lombes vers le gras des fesses, à droite d'abord, à gauche ensuite. Le 28 janvier, le malade ressentit tout à coup une violente douleur, dont la souffrance était vive, et s'affaissa au pied du lit.

(1) Traité Clinique de Leyden.

La nuit suivante, des crampes très douloureuses se montrèrent dans le mollet gauche, et, elles avaient déjà disparu depuis quelque temps que toute la jambe était encore engourdie. — Le malade a éprouvé en urinant une vive douleur qui s'irradiait des lombes vers le bas-ventre et qui, dit-il, lui coupait la respiration. Après son accès de janvier, le malade s'était fait traiter à la polyclinique de Kœnisberg; on lui fit les badigeonnages de teinture d'iode sur la colonne lombaire et on lui prescrivit de l'iodure de potassium à l'intérieur. Il garda le lit pendant deux semaines au bout desquelles ses souffrances avaient disparu.

La colonne lombaire ne présente aucune déformation, mais elle est très sensible à la pression en un point limité; lorsqu'on applique la main à cet endroit, on perçoit un frottement rugueux à chaque mouvement. La douleur à la pression s'irradie de chaque côté vers les lombes, à droite elle est plus forte qu'à gauche. Les muscles des cuisses paraissent flasques et leurs mouvements sont raides et mal assurés; ce qu'il y a de plus saillant, c'est une raideur dans les reins qui est particulièrement frappante lorsque le malade essaye de se baisser.

OBSERVATION X (1).

Arthrite cervicale chronique, d'origine rhumatismale.

Baptiste D..., briquetier, âgé de 39 ans, entre le 14 février 1881, salle Béhier, service de M. le professeur Ball, hôpital Laënnec.

Cet homme qui est briquetier, travaille les épaules découvertes et est exposé habituellement à des refroidissements, en mettant les briques aux fourneaux. — Rien à relever dans les antécédents héréditaires.

(1) Observation de Bellangé. Thèse Cotilleau, 1882, Paris.

Le malade fut atteint, il y a un an, d'une poussée aiguë de rhumatisme généralisé qui dura 8 mois et l'obligea à garder le lit. Toutes les jointures des membres furent prises successivement, et il nous dit que dès le début de son rhumatisme, il a eu le cou douloureux avec impossibilité d'accomplir toute espèce de mouvement. Quand il sortit de l'hôpital St-Antoine où il fut soigné, les articulations étaient libres, seule la raideur du cou persistait.

Depuis cette époque il a toujours conservé cette rigidité du cou et de la tête, est tourmenté par des douleurs qui viennent de temps à autre dans cette région, il peut travailler un peu de son état, mais il fait de fréquents séjours dans les hôpitaux.

Quand nous le voyons, le 13 janvier 1882, dans le service de M. Ball où il est en traitement depuis dix mois, nous constatons que la force des jambes et des bras est bien conservée, qu'il n'a aucune déformation des grandes ni des petites jointures, ni des douleurs spontanées dans les membres. — La tête est fixe dans une attitude immobile, légèrement inclinée sur le côté gauche, l'épaule du même côté est notablement plus élevée que celle du côté opposé. Le cou, en arrière, est aplati et élargi, la saillie des apophyses épineuses est assez forte ; pas de cicatrices d'abcès.

Les muscles de la nuque, le trapèze, le splenius sont tendus comme des cordes inextensibles. Tout mouvement non seulement des articulations cervicales, mais de toute la colonne cervicale est impossible. Le malade ne peut qu'entr'ouvrir la bouche.

La pression et les mouvements ne sont douloureux en aucun point, ni au-dessous de l'occipital ni plus bas. Il éprouve de temps à autre, dit-il, des douleurs spontanées dans cette région, douleurs qui subsistent quelques jours, puis disparaissent.

Les autres appareils sont dans un état satisfaisant. On trouve un souffle systolique très net à la pointe, indice d'une ancienne endocardite ; mais le malade n'a jamais eu de battements de cœur, ni les jambes enflées.

Le diagnostic porté par M. le professeur Ball a été celui de :
Arthrite rhumatismale cervicale chronique,

OBSERVATION XI (1).

Arthrite vertébrale rhumatismale.

Une malade du service, exemple remarquable de cette affection était atteinte d'une déformation du rachis avec paraplégie paraissant en réalité ne pouvoir être attribuée qu'à une arthrite rhumatismale.

Elle était en effet rhumatisante, avait subi déjà plusieurs attaques, de plus elle avait été exposée pendant un séjour prolongé, dans un lieu froid et humide, une des causes qui agit le plus sur le rhumatisme; on trouvait enfin chez elle une cause qui pouvait expliquer la localisation de ce rhumatisme sur la colonne vertébrale, ainsi que cela existe presque toujours pour les premières localisations dans toutes les formes du rhumatisme. Cette femme avait en effet eu pendant longtemps à soigner un de ses fils malade qu'elle était forcée de transporter elle-même fréquemment sur le bras, et c'est à la suite de ces efforts violents répétés que les douleurs s'étaient montrées tout d'abord, bientôt suivies de déformations.

M. Potain rapporte avoir vu plusieurs fois des exemples de cette affection remarquable et par leur cause et par leur issue qui avait été favorable, entr'autres un ingénieur exposé à l'humidité qui fut pris de douleurs, puis de déformation du rachis et de paraplégie. Il finit par guérir sous l'influence de l'immobilité! Chez une autre malade, âgée de 60 ans, rhumatisante, des douleurs rachidiennes se produisirent après un violent effort, et puis consécutivement une déformation assez considérable. Les membres inférieurs se sont affaiblis, mais depuis ce moment les accidents se sont arrêtés et la malade est en voie d'amélioration.

1. Potain, *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1881.

OBSERVATION XII (1).

Arthrite déformante cervicale-Rhumatisme chronique.

F..., facteur rural, âgé de 34 ans, entre à l'Hôpital le 28 décembre 1868.

Homme de taille moyenne, assez bien constitué, muscles flasques, face pâle, physionomie exprimant la souffrance. Ce malade peut se lever, il se plaint de tiraillements douloureux qui, de la nuque, s'irradient vers le dos et les épaules; quand il est assis, on est frappé de l'attitude raide du cou, lequel est un peu incliné en avant.

A la face il n'y a ni déviation ni paralysie, les épaules sont égales; outre la raideur de la nuque, le malade accuse une constriction de la poitrine, des douleurs dans les os de l'épaule et des bourdonnements d'oreille. Les bras ne se meuvent qu'avec peine. Lorsque le malade marche, il se balance latéralement; les jambes sont raides, se soulèvent lentement et glissent sur le sol; la droite traîne un peu, en même temps la nuque et les reins sont raides, presque immobiles.

Lorsque le malade veut mettre son habit, il est très embarrassé, les mouvements du trapèze et du grand dorsal sont très difficiles, il peut lever le bras droit jusqu'à la verticale, la jambe jusqu'à l'horizontale seulement. Les mouvements imprimés à l'épaule gauche sont également douloureux, et il est impossible de l'amener beaucoup au-dessus de l'horizontale; ce sont les muscles grand-dorsal et grand dentelé qui opposent le plus de résistance.

Le coude et le poignet sont libres, non douloureux et ont conservé leur force. Quand le malade est couché la raideur est encore plus frappante, il ne peut pas ramener son menton contre sa poitrine et lorsqu'on cherche à soulever la tête, tout

(1) Traité Clinique de Leyden.

le tronc se soulève en même temps ; les mouvements de latéralité ne peuvent être exécutés volontairement. Lorsque le malade se dresse sur son séant, il éprouve des douleurs du sacrum, la pression des apophyses épineuses n'est pas douloureuse. Miction facile, sensibilité intacte. — Après plusieurs mois d'un traitement par l'iodure de potassium, les bains chauds, le malade sort guéri, tout en conservant la raideur de la nuque.

OBSERVATION XIII (1).

Salle Sainte-Agnès. — Malade qui remplit les fonctions d'infirmier auxiliaire. Pour gagner son droit de séjour dans l'hôpital, il aide les gens de service. Est depuis sept ans à l'hôpital.

Ni goutteux ni rhumatisants dans sa famille.

Le malade vit peu à peu ses genoux, pieds, épaules et poignets devenir le siège de douleurs qui durent quelques jours et revenaient par accès. Ses articulations se tuméfièrent, se déformèrent, et il fut bientôt obligé de garder le lit. Lorsqu'il entra dans la salle Sainte-Agnès, il était courbé en deux, il y avait sept mois qu'il ne s'était levé de son lit.

Les articulations de la colonne vertébrale dans les régions dorsale et lombaire paraissent soudées.

Avant de prendre le lit, sur le conseil de plusieurs médecins, le malade avait fait différents séjours dans les stations thermales, Wiesbaden, Aix-la-Chapelle, Bourbonne, sans avoir éprouvé un grand soulagement.

Pendant trois ans, il fut soumis à un traitement complexe par la teinture d'iode à haute dose, les bains de vapeur, les bains sulfureux. L'affection parut arrêtée au bout de ce temps et le malade pouvait sortir du lit. Il souffrait encore, mais les douleurs étaient devenues supportables. La colonne

1. Cliniques médicales de Trousseau.

vertébrale est toujours restée raide, les hanches et les genoux n'ont pas conservé l'amplitude de leurs mouvements ; les articulations tibio-tarsiennes et celles des orteils sont presque entièrement immobiles ; il marche à la façon des canards. Le malade mourut d'une tuberculose pulmonaire.

A l'autopsie, les articulations n'étaient pas luxées, il y avait seulement flexion forcée de quelques-unes d'entre elles. Les cartilages étaient érodés, usés au niveau des points où la pression des surfaces articulaires avait été la plus forte et la plus prolongée. Enfin les parties osseuses étaient en parties déformées par la production d'ostéophytes grenus, au pourtour des points où les cartilages avaient disparu. A ce niveau, il y avait d'autres points où la substance osseuse était raréfiée, amincie, friable, et se laissait couper au couteau.

OBSERVATION XIV (*inédite*) (1).

Déformations thoraciques. — Amélioration par la suspension.

Le nommé Br..., Eugène, carrier, âgé de 44 ans, entre le 17 mai 1890 à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu (annexe), salle Saint-Antoine, dans le service de M. le Dr Chantemesse.

Le malade entre pour une douleur très violente au côté droit, au niveau des dernières fausses côtes, et pour une déformation excessive. Son père et ses frères sont très vigoureux. Sa mère est morte d'ictère.

Quant à lui, son enfance fut très bonne, mais à l'âge de 17 ans, en faisant la profession de carrier, il fut pris dans un éboulement. Il eut des fractures multiples aux bras et aux jambes et resta, après cet accident, 42 jours sans connaissance et dix-neuf mois au lit, sans pouvoir bouger. Il avait le bras droit fracturé, l'épaule gauche et la hanche droite dé-

1. Due à l'obligeance de M. Chantemesse.

mises, les deux genoux déboîtés, le pied gauche démis. Pendant quatorze mois il sentit bien, lorsqu'on le piquait à quelque endroit que ce fût, mais il avait une paralysie des deux jambes et du bras gauche (le bras droit, qui était le seul fracturé, avait sa sensibilité et sa motilité conservées).

Au bout de quatorze mois, il commence à remuer le bras. Un mois après, il remue la jambe gauche ; deux mois après, la droite. Toutefois il ne peut se tenir debout, et ce n'est que cinq mois après qu'il peut commencer à marcher. A ce moment-là, il est obligé de se servir de béquilles, mais peut s'en passer au bout de deux mois. Il reprend son travail, droit et grand comme avant son accident.

A 21 ans, 4 ans après son accident, il fait le métier de maréchal-ferrant, métier très dur qui l'oblige à se tenir presque constamment baissé. Au bout de quatorze mois, il sent dans la colonne vertébrale des douleurs lorsqu'il se relève après s'être baissé, douleurs qui persistent pendant quelques instants. Il quitte le métier de maréchal et devient charpentier, alors les douleurs cessent.

De 24 à 26 ans, petit à petit, l'épaule gauche devient plus forte que l'autre et plus haute. C'est sur cette épaule qu'il porte les masses de bois dont il se sert. L'épine dorsale commence à se dévier, mais jusqu'ici rien de bien anormal.

A 38 ans, en 1884, il a le choléra. Il est redevenu carrier. Immédiatement après son attaque de choléra, il ressent de fortes douleurs le long de la colonne vertébrale, depuis les fesses jusqu'aux épaules. Les douleurs n'étaient pas très vives mais continues. Il est très souvent obligé d'interrompre son travail et de s'asseoir. Depuis ce moment les douleurs ne le quittent plus.

En 1885, l'année suivante, il a la fièvre typhoïde. Les douleurs le long du dos redoublent d'intensité. Il commence à se courber fortement. Il a des points de côté, l'un deux au niveau des troisième et quatrième côtes à gauche, l'autre dans le dos à droite de la colonne. Les douleurs semblent, dit-il, le traverser d'un point à l'autre.

On constate une déformation très grande. L'épaule gauche

est remontée. La colonne vertébrale présente une convexité très forte à gauche. Il a de violentes douleurs au côté droit, au niveau des dernières fausses côtes. Son attitude est telle qu'il vient écraser ses côtes droites sur son épine dorsale, comprimant par suite toutes ses viscères.

A plusieurs reprises on essaie de lui faire des corsets en plâtre, mais sans aucun bon résultat.

Le 5 mai, il se plaint toujours de ses douleurs dans le côté qui ne paraissent autres d'ailleurs que des nevralgies intercostates. On lui fait des frictions à l'essence de térébenthine dans la région inférieure de l'épine dorsale, au niveau des points douloureux. Il éprouve quelque soulagement.

Le 17, on inaugure la suspension. Il reste suspendu 30 secondes. On répète le traitement tous les deux jours, en augmentant de plus en plus, mais progressivement, la durée de la suspension. Il dit éprouver du soulagement, il est mieux à son aise.

Le 23, on lui fait un corset plâtré pouvant se serrer à volonté sur le devant de la poitrine. Il reste pour cela suspendu un peu longtemps. Il a un peu de fièvre, se sent mal en train et rend la plupart des choses qu'il prend.

Cet état continuant, on lui donne le 26 un vomitif qui le soulage un peu, mais pas complètement. Aussi le 26 lui administre-t-on sur sa demande, du sulfate de soude. On continue à le surprendre. Il s'en trouve mieux.

31 mai. -- Il se trouve dans son lit sans douleur et ne souffre plus du haut du dos. Il se tient beaucoup plus droit et l'épaule gauche s'est sensiblement abaissée.

1^{er} juin. — On le suspend toujours et l'on est arrivé à le laisser trois minutes. Le mieux est de plus en plus sensible.

1^{er} juillet. — La suspension a été continuée régulièrement. Le malade en est très content et la réclame lui-même si on l'oublie.

3 juillet. — La malade sort. — Les épaules sont, en ce moment, à la même hauteur. L'effondrement du côté droit a disparu. On peut passer la main entre les dernières côtes droites et l'épine iliaque du même côté, en ce qui était absolument impossible jusque-là.

CONCLUSIONS

1° Le rhumatisme chronique et le rhumatisme articulaire aigu sont deux espèces morbides essentiellement distinctes, sans aucun lien de parenté. Elles n'ont de commun que la localisation sur les articulations. La première, en effet, est une maladie trophique, héréditaire, qui frappe les tissus fibreux et fait partie d'un tout auquel on donne les noms d'herpétisme ou d'arthritisme ; c'est une véritable maladie de l'appareil locomoteur (os et leviers). La deuxième est une maladie générale, infectieuse, qui évolue pendant la puberté et se localise sur le système séreux. Tandis qu'elle frôle les articulations, n'y laisse pas de reliquats, elle pénètre et déforme l'endocarde et le péricarde.

2° Le rhumatisme chronique frappe de préférence les articulations des membres, *plus rarement* la colonne vertébrale.

3° Les causes adjuvantes de cette localisation sont les mauvaises conditions hygiéniques et l'abus fonctionnel (travail étant couché).

4° Le rhumatisme chronique frappe de préférence les parties les plus mobiles de cette tige osseuse, la colonne cervicale surtout.

5° Les exostoses, les hypérostoses, en faisant saillie

dans le canal rachidien, amènent des phénomènes d'irritation méningée, ce qui est rare (Jaccoud) ou des signes de compression lente de la moelle.

6° On opposera à ces déformations un traitement énergique; bains d'air chaud, l'iodure de potassium et l'arsenic qui ont donné dans certains cas de rhumatisme chronique d'excellents résultats.

VU :

Le Président de la thèse,
STRAUS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

VU :

Le Doyen,
BROUARDEL.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Adams.** — Soc. of. Anat. and. Phys. 1839.
- Bergeaud.** — Observation d'un cas de maladie de Bright, suite et complication d'un mal vertébral de Fott d'origine rhumatismale, mort. (*Union Médicale*, 1833).
- Besnier.** — Art. Rhumatisme. *Dict. encyclop. des Sciences Médicales*, 1876.
- Bouillaud.** — Traité clinique du rhumatisme. Paris, 1840.
- Bradford.** — Ankilous of the spine; three cases fallowing rheumatism, two being of gonorrhoral origin (Ann. of Anat. and Surg. 1883).
- Cousin.** — De quelques symptômes communs au rhumatisme chronique et aux affections nerveuses (Th. Paris, 1890).
- Charcot.** — Th. Paris, 1853.
- Crêvecœur.** — Pathogénie du rhumatisme articulaire chronique, 1890.
- Déville.** — Etude pour servir à l'histoire de l'affection dite « goutte asthénique primitive » (Bull. Soc. Anat, 1848-1850).
- Epting.** — Seuter Gelenk rheumatismus complicitir mit Meningitis spinalis (Würtemb. méd. Corresp. Blatt., 1881).
- Fuller.** — On rheumatism, rheumatic gout and sciatic, London, 1860.
- Garrod.** — The nature and Traitment of gout (Trad. par Ollivier, 1867).
- Haygarth.** — A clinical hystory of the nodosity of te joints. London, 1813.
- Homolle.** — Art. *Rhumatisme* (Dict. Jaccoud, 1882).
- Jaccoud.** — Cliniques de la Pitié. Rhumatisme déformant. 1886. p. 399.
- Lancereaux.** — Traité de l'herpétisme, 1883.
- *Union médicale*, 1889, nos 418, 428, 445, 451; *ibid.* 1890, n° 3. p. 28.
- Leçons cliniques, 1892

Landré-Beauvais. — Doit-on admettre une nouvelle espèce de goutte (goutte asthénique primitive) Th. Paris, 1800.

Mazet et Cuilleret. — Troubles trophiques liés au rhum. noueux (Lyon Médical. 1888, T. 57, p. 692).

Mollard. — Parallèle entre la fièvre rhumatismale et le rhumatisme chronique (Th. Paris, 1890).

Moore. — Dorsal and limbar vertebral Schoving rheumatic arthritis (The Lancet. 1883).

Notta. — De la pathogénie du rhumatisme et de la valeur de la théorie spinale, *Union Médicale*. Paris, 1883, p. 977.

Plaisance. — Etude monographique sur le rhumatisme chronique primitif. Th. Paris, 1858.

Ponsard. — Traité de la goutte et du rhumatisme. Paris, 1770.

Rotter. — Arthritis deformans der Articulatio epistropheo-atlantica mit consecutiver degeneration des Rückenmarks Deutsch. Arch. f. klin. méd., 1874).

Sydenham. — (1666-1789). Opera omnia, T. I, Sect. VI, chap. V. Rhumatismes.

Trastour. — Rhumatisme goutteux chez la femme. (Th. Paris. 1853).

Vergely. — Anat. pathol. du rhumatisme articulaire progressif. (Th. Paris, 1866).

Vidal. Rh. articul. chronique primitif (Th. Paris, 1855).

Villeneuve. — Art. « *Rhumatisme* » (Dict. des Sc. Méd. 1820).

Weber. — Nervous origin of chronic art. rhum. (Méd. News. 17 novembre 1883).

TABLE DES MATIERES

	Pages
Avant-propos.	5
Chapitre I. — Historique	8
Chapitre II. — Anatomie pathologique	27
Chapitre III. — Signes	34
Chapitre IV. — Diagnostic	39
Chapitre V. — Traitement	47
Observations.	50
Conclusions	84
Index bibliographique.	86

